

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

770

ANNEE 1963

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur E G L O F F Guy-Pierre

né le 8 Octobre 1933, à NEUVIC D'USSEL (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 1963 1963.

" LE METHIODAL CHEZ L'OPERE "

A PROPOS DE 70 OBSERVATIONS

Président : M. de SEZE, Professeur.

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

ANNEE 1963

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur E G L O F F Guy-Pierre

né le 8 Octobre 1933, à NEUVIC D'USSEL (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 1963.

" LE METHIODAL CHEZ L'OPERE "

A PROPOS DE 70 OBSERVATIONS

Président : M. de SEZE, Professeur.



A mon Père,

A ma Mère,

A ma Femme,

A mes Fils,

A mes Beaux-Parents,

(MEIS ET AMICIS).

A mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE

Médecin de l'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage respectueux

et avec l'expression
de toute ma gratitude.

Au Docteur M. SERVELLE

Qu'il trouve ici le témoignage
de notre admiration.

A Messieurs :

J. LEVERNIEUX

S. JUREMAND

G. CAYLA

Ben ABDALLAH

qui ont bien voulu nous guider.

A. DJIAN

pour les remarquables documents
radiographiques qu'il a mis à
notre disposition.

M. LEQUESNE

qui nous a confié ce travail.

A. RYCKEWAERT

M. CAROIT

Ch. GUERIN

A. HUBAULT

MF. KHAN

P. ORDONNEAU

G. POINSARD

J. WELFLING

qui nous ont fait profiter
de leur expérience.

Au PERSONNEL SECRETAIRE ET INFIRMIER
de l'ASSISTANCE PUBLIQUE

dont le dévouement est digne
d'admiration.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LEVY-SOLAL (E.),
 LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT,
 PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RICHET (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

Doyen Léon BINET, Membre de l'Institut.

1er Assesseur { Gaston CORDIER
 2ème Assesseur { Paul CASTAIGNE

I) - PROFESSEURS

1°/ CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

Microbiologie (Bactériologie.et.virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N....
Pathologie expérimentale et comparée ...	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N....
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales ...	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	} BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale ..	
Physique médicale	} DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	GAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	} DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	
Hygiène et médecine préventive	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	DEPARIS (M.)
Physiologie	LEVY (Melle J.)
Physique médicale	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2°/ CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)

Cliniques chirurgicales	{ Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	{ Cochin	LEGER (L.)
	{ Cochin	ABOULKER (P.)
	{ Hôtel-Dieu ...	PATEL (J.)
	{ Pitié	CORDIER (G.)
	{ Saint-Antoine.	GOSSET (J.)
	{ Salpêtrière ..	SICARD (A.)
	{ Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire . (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	{ Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	{ Broussais	LENEGRE (J.)
	{ Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
	{ Cochin	BROUET (G.)
	{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)

Cliniques médicales	{ Lariboisière ...	SEZE (S. de)
	{ Pitié	DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine ...	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		C. DEBRAY
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel- Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque	LACOMME (M.)
	{ Foch	
	{ (Suresnes) ..	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ...		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de piédatrie et de puériculture (Saint Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de piédatrie sociale (Enfants Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint- Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales ...		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfan- ce (Trousseau)		TURPIN (R.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(	BOUR (H.)
	}	LHERMITTE (F.)
	}	PEQUIGNOT (H.)

II) - PROFESSEURS SANS CHAIRE,
PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

Anatomie	(	CABROL (C.)
	}	GOUINAUD (C.)
	}	GILLOT (C.)
	}	OLIVIER (G.) Pr. s. ch.
Anatomie pathologique	(	GAUTHIER-VILLARS
	}	(Melle P.) Pr. s. ch.
	}	ABELANET (R.)
	}	CHOMETTE (G.)
	}	GOUYGOU (Ch.) M. conf.
	}	NEZELOFF (Ch.)
	}	ORCEL (L.)
	}	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	(	KERN (E.)
	}	VOURC'H (G.)
Bactériologie	(	BARBIER (P.) Pr. s. ch.
	}	CHRISTOL (D.)
	}	LE MINOR (L.)
	}	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(	BAULIEU (Et.) M. conf.
	}	BOURILLON (R.)
	}	CARTIER (P.)
	}	DREYFUS (J.-Cl.)
	}	GONNARD (P.)
	}	KRUH (J.)
	}	JEROME (H.)

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports		PLAS (F.)
	(	BOIRON (M.)
	}	DENOIX (P.)
Carcinologie	}	MATHE (G.)
	}	SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	(	CIVATTE (J.)
	}	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie		LEDoux-LEBARD (G.)
	(	BESSIS (M.)
	}	BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	}	DAUSSET (J.)
	}	DUHAMEL (G.)
	(	COUJARD (R.) Pr. s. ch.
	}	MAROIS (M.)
Histologie	}	RACADOT (J.)
	(	BESANCON (F.)
	}	CORNET (A.)
	(	BOYER (J.) Pr. s. ch.
	}	BLANCHER (G.)
Hygiène	}	CORRE-HURST (Mme L.)
	}	SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	(	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	}	DUPONT (V.)
	(	FOURNIER (E.)
	}	GUENIOT (M.)
Médecine légale	}	HADENGUE (A.)
	(	ALBAHARY (C.)
Médecine du Travail	}	PERTUISET (C.)
Neuro-Chirurgie	}	LAPRESLE (J.)
Neurologie		
	(	GRANJON (A.)
Obstétrique	}	HERVET (E.)

Obstétrique	(LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.)) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) DUBOIS (A.)) SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.)) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J.)) PIALOUX (P.)
Parasitologie	(GOLVAN (Y.)) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	(BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART d'ALLAINES (Cl.de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.)) MERCADIER (M.)

Pathologie chirurgicale	(	NATALI (J.)
		PELLERIN (D.)
		PERROTIN (J.)
		ROBERT (H.)
	)	THOMERET (G.)
Pathologie exotique		SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	(	BENHAMOU (J.-P.)
		BERTHAUX (P.)
		BOIVIN (P.)
		CROSNIER (J.)
		HARTMANN (L.)
		LOEPER (J.) Pr. s. ch.
		MAURICE (J.)
		MIKOL (Cl.)
	)	RICHET (G.)
Pathologie médicale	(	AUSSANNAIRE (M.)
		BOUVIER (J.)
		BOUVRAIN (Y.)
		BRICAIRE (H.)
		BRISSAUD (H.)
		BROCARD (H.)
		BUGE (A.)
		CATINAT (J.)
		CHRETIEN (J.)
		COBLENTZ (B.)
		CONTAMIN (F.)
		COURY (C.)
		ETIENNE (J.-P.)
		FREZAL (J.)
		FRITEL (D.)
		HENNEQUET (A.)
		HIMBERT (J.)
		HOUSSET (E.)
	)	LAROCHE (Cl.)

Pathologie médicale	(	LESOBRE (R.)
	)	LEVEQUE (B.)
	(	MAGREZ (C.)
	)	MOREAU (L.)
	(	NICK (J.)
	)	ROYER (P.)
	(	TOURNEUR (R.)
Piédatrie - Puériculture	)	WOLFROMM (R.)
	(	LAFOURCADE (J.)
	)	LEPERCQ (G.)
	(	MANDE (R.)
	)	MOZZICONACCI (P.)
	(	POLONOVSKI (C.)
	)	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	(	VIALATTE (J.)
	)	BOISSIER (J.)
	(	LECHAT (P.)
	)	BARRES (G.)
	(	DEJOUR (P.) Pr. s. ch.
	)	DURAND (J.)
	(	GIRARD M. conf.
Physiologie	)	HUGELIN (A.)
	(	SCHERRER (J.)
	)	CHANTEUR (J.)
	(	COUGEROT (L.) M. conf.
	)	Pr. s. ch.
	(	GREMY (F.) M. conf.
	)	MILHAUD (G.)
Physique médicale	(	PELLERIN (P.)
	)	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	(	TUBIANA (M.) M. conf.
	)	KREIS (B.)
	(	MEYER (A.)
	)	RENAULT (A.)
	(	
Pneumo phtisiologie	)	

Psychiatrie	PICHOT (P.)
	{ DENIKER (P.)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D.)
	{ FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) Pr. s. ch.
	{ CERNEA (P.)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.) M.c. agr.
	{ GRELLET (M.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ MARCHE (J.)
	{ AUVERT (J.)
Urologie	{ MOULONGUET (A.)
	{ QUENU (L.)

III) - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VENRE (J.-M.)
	{ PERRAULT (M.)
Clinique médicale	{ RAMBERT (P.)
	{ THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.)
	{ MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.)
	{ OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture ...	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV) - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

V) - <u>CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE</u>	BOLTANSKI (E.)
<u>ET UNIVERSITAIRE</u>	LAUNAY (C.)

* * *

Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque } Conservateur du Musée d'Histoire de la } Médecine }	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Melle LAURENT (H.)

I N T R O D U C T I O N

Nous avons fait ce travail au CENTRE DE RHUMATOLOGIE VIGGO-PETERSEN, dans le Service du Professeur de SEZE, Clinique Médicale de l'Hôpital LARIBOISIERE.

Nous tenons encore à remercier MM. LEVERNIEUX, JUREMAND, CAYLA et BEN ABDALLAH, qui nous ont appris à lire les SACCORADICULOGRAPHIES et à les interpréter. Ils nous ont guidé dans cette étude et nous ont fait bénéficier de leurs conseils, de leur expérience.

= = =

Le METHIODAL est, dans la sciatique non opérée, un examen de choix, car il précise le diagnostic de hernie discale et le siège de celle-ci.

Mais c'est un examen délicat qui doit donc être mené avec une technique rigoureuse. Mais c'est un examen pénible pour le malade, parfois dangereux, qui nécessite donc des précautions. Enfin, c'est souvent un examen inutile. Tous ces inconvénients font qu'il est réservé à certains cas bien précis:

- doute sur l'organicité,
- doute sur le diagnostic de hernie discale,
- crainte d'une néoformation,
- doute sur le siège de la hernie discale,

enfin et surtout il est pratiqué le plus souvent sur des malades que l'on veut opérer.

Il nous a été proposé d'étudier l'apport du METHIODAL dans les sciaticques opérées. Quelles sont les images rencontrées ? - Quelle est la valeur du METHIODAL ? - Quelles sont les indications ?...

Le METHIODAL chez l'opéré est difficile à lire. Il offre des images inhabituelles, parfois très bouleversées, et dans les observations qui ont été mises à notre disposition nous avons lu plusieurs fois : "METHIODAL d'opéré, difficile à interpréter."

Nous avons repris tous les cas du Centre VIGGO-PETERSEN et nous avons groupé 70 observations, éliminant les lombalgiques greffés, même s'ils présentent par la suite une sciatique par conflit disco-radiculaire. De même nous avons éliminé les saccoradiculographies illisibles (3 en épidurale).

Afin d'obtenir une distribution homogène, nous avons également écarté de cette étude les lombalgiques déjà opérés pour une sciatique.

Ainsi nos 70 malades présentent les caractères communs suivants :

- malades opérés pour sciatique, avec ou sans curetage d'un disque, mais avec exploration du sac et des racines;
- malades qui récidivent de leur sciatique à plus ou moins long terme, parfois non soulagés par l'intervention.

Notre étude comporte trois chapitres :

- I) - Les différents types d'images rencontrés..
- II) - L'étude particulière des cas réopérés, qui nous permettra de préciser la valeur du METHIODAL et le siège des récidives.
- III) - Les différentes indications du METHIODAL chez l'opéré.

I) - LES DIFFERENTS TYPES D'IMAGES

Le METHIODAL est normal ou anormal.

Anormal, il peut être de deux types : soit qu'il présente des anomalies dues à une hernie discale, telles qu'on les voit dans les sciatiques non opérées, soit qu'il présente des anomalies que l'on ne voit que chez les sujets dont on a exploré le canal rachidien. Elles sont dues à l'acte chirurgical seul.

Pour soutenir cette distinction, nous disposons de deux arguments :

- le premier : c'est le dessin, le contour, la silhouette de de ces images;
- le deuxième : c'est l'apparition d'images anormales au niveau exploré lors de la première intervention, lorsque celle-ci a été dirigée vers un étage sain, lorsqu'il y a eu erreur d'étage.

Ainsi on peut voir sur le METHIODAL post-opératoire, d'une part l'image de la hernie discale à l'étage que l'on aurait dû explorer, et d'autre part, à l'étage à tort exploré, l'apparition d'une image post-opératoire.

Ces deux arguments sont vérifiés par la chirurgie. La hernie discale est en règle retrouvée lors de la réintervention lorsque le METHIODAL montrait une image de hernie discale. De même en règle la réintervention est un échec lorsque le METHIODAL présentait seulement des images atypiques que nous appellerons "post-opératoires".

Ceci n'est pas formel. Nous verrons que certaines images de hernie discale sont remaniées par l'intervention, donc que l'on ne voit que chez l'opéré et que, pourtant, elles correspondent bien à une hernie discale vérifiée par une réintervention.

Enfin, dans de rares cas, la hernie discale qu'indiquait le METHIODAL n'est pas retrouvée par le chirurgien et, inversement, on retrouve derrière une image post-opératoire très atypique une hernie discale. Ceci satisfait l'esprit mais il y a correspondance, le plus souvent, entre le METHIODAL et l'anatomie. L'image de hernie discale correspond bien en fait à une hernie. L'image post-opératoire est due à l'acte chirurgical.

A) - 5 fois nous avons un METHIODAL ANORMAL

Observation n° 1

M. Z... André, 34 ans. Ajusteur.

- Opéré à 27 ans d'une hernie discale.

Pas de douleurs jusqu'à l'âge de 34 ans.

Le METHIODAL fait, lors de la récurrence, est normal et améliore le malade.

Observation n° 2

M. S... Charles, 33 ans. Maçon.

- 1955 Sciaticque L-5 gauche.

Opéré en 1955 d'une hernie discale en L-4 L-5

- 1958 Récurrence L-5-G.

METHIODAL normal.

Observation n° 3

Mme D... Jeanne, 38 ans.

- 1954 Sciaticque S-1 gauche, d'apparition brutale, sans effort.

- 1955 Opérée. Hernie discale en L-4 L-5.

Soulagée 3 mois.

- 1958 On fait un METHIODAL qui est normal.

Observation n° 4

- M. B... Serge, 47 ans. Employé S.N.C.F.
- 1953 Lombosciatique droite, après un effort de soulèvement.
 - 1957 Récidive (sciaticque S-1 droite)
Opéré d'une hernie discale en L-5 S-1.
Lombalgies résiduelles.
 - 1959 Sciaticque L-5 Droite rebelle au traitement médical.
METHIODAL normal.

Observation n° 5

- M. L... Gilles, 31 ans. Chauffeur.
- 1957 Lombalgies d'effort.
 - 1958 Sciaticque S-1 Gauche rebelle.
1er METHIODAL : amputation de S-1 G.
Opéré : Hernie discale L-5 S-1
 - 1959 Récidive S-1 G.
2ème METHIODAL : réapparition de la **racine** S-1 G.
METHIODAL normal.

* * *

B) - 31 fois le METHIODAL met en évidence une hernie discale ou une tumeur.

LES 2 TUMEURS

Observation n° 6

- Melle A... Denise, 31 ans.
- 1955 Sciaticque L-5 G. spontanée. Cédant en un mois.
 - 1956 4 crises de sciaticque L-5 G.
 - 1957 Opérée d'une saillie discale en L-4 L-5 G.
(saillie discale orthopleptique)
Non améliorée.

- 1958 A la sciatique L-5 G s'ajoute une cruralgie L-4 D.
Douleurs nocturnes.
Le METHIODAL montre un arrêt en cupule, concave vers le haut, au niveau de L-3, que le LIPIODAL confirme.
Réintervention : on trouve un épendymome.

Observation n° 7

Melle A... Hélène, 28 ans.

- 1956 Lombalgies d'effort.
- 1958 Sciatique L-5 et S-1 Gauche.
- 1959 Le 1er METHIODAL montre un arrêt derrière le corps de L-5.

Opérée : Hernie discale L-5 S-1 Rien en L-4 L-5.

2ème METHIODAL : arrêt en dôme concave en bas derrière le corps de L-5, dôme existant sur le 1er METHIODAL mais passé inaperçu.

L'iconographie post-opératoire montre une encoche de type post-opératoire au niveau de L-4 L-5.

Réopérée : Neurinome.

29 IMAGES DE HERNIE DISCALE

Elles se décomptent comme suit :

- Encoches typiques	19
- Images de hernie discale remaniées post-opératoires	6
- Arrêts complets	2
- Interruption	1
- Amputation de racine	1
Total	29

19 ENCOCHES TYPIQUES DE HERNIE DISCALE

Observation n° 8

M. N... Simon, 29 ans. Manoeuvre.

- 1955 Lombalgies post-traumatiques.
- 1958 Lombosciatalgies bilatérales type S-1, prédominantes à gauche.
Opéré. Pas de hernie discale. Pas d'amélioration.
6 mois plus tard on fait un METHIODAL qui montre une encoche en L-4 L-5 G.
On refuse l'intervention au malade à cause de l'importance des lombalgies.

Observation n° 9

M. D... Jean, 45 ans. Ouvrier.

- 1947 Lombalgies post-traumatique.
- 1956 Sciatique L-5 Droite.
- 1958 Opéré : hernie discale en L-4 L-5.
- 1959 Récidive rebelle. Le METHIODAL montre une encoche en L-4 L-5 D.
Réopéré : reconstitution de la hernie discale.

Observation n° 10

M. C... Bernard, 29 ans. Manoeuvre.

- 1955 Sciatique L-5 D huit mois après une chute.
Opéré : saillie discale en L-4 L-5
Soulagé 15 jours.
- 1956 METHIODAL : encoche L-4 L-5.
Réopéré : hernie discale nette en L-4 L-5.

Observation n° 11

M. V... Victor, 44 ans. Porteur.

- 1941 Lombago d'effort.

- 1951 Sciatique S-1 Gauche d'effort.
Opéré : pas de hernie discale.
Continue à souffrir.
- 1958 METHIODAL : encoche typique en L-5 S-1
Réopéré : hernie discale en L-5 S-1.

Observation n° 12

M. B... Pierre, 40 ans.

- 1954 Sciatique L-5 droite.
Opéré : pas de hernie discale.
Soulagé quelque peu par la laminectomie.
- 1957 Sciatique L-5 D.
METHIODAL : encoche L-4 L-5
plus un défaut d'opacification du sac en regard
de la laminectomie.
Réopéré : hernie discale en L-4 L-5.

Observation n° 13

M. P... Roger, 39 ans. Maçon.

- 1947 Lombosciatique S-1 Droite traumatique.
Opéré : hernie discale en L-5 S-1.
Guérison.
- 1948 Récidive S-1 Droite.
Opéré : hernie discale L-5 S-1.
- 1952 Sciatique S-1 Gauche.
Opéré : hernie discale L-5 S-1 Gauche
plus grosse fibrose.
- 1958 Sciatique S-1-G
METHIODAL : encoche L-4 L-5 Gauche
Opéré une 4ème fois : hernie discale en L-4 L-5.

Observation n° 14

M. l'Abbé B... André, 53 ans.

- 1944 Sciatique S-1 Droite spontanée passagère.
- 1954 Steppage M.I.D.
- 1958 Opéré : erreur d'étage.
6 mois plus tard : METHIODAL qui montre une encoche en L-4 L-5 Droite.
C.R.O. : grosse hernie discale en L-4 L-5.
Ne souffre plus, mais garde un déficit moteur.

Observation n° 15

Mme F... Irène, 36 ans.

- 1956 Lombosciatique L-5 Droite d'effort.
- 1957 Opérée. Hernie discale en L-4 L-5.
- De 1957 à 1959 : ne souffre plus.
- Décembre 1959 : Récidive de même topographie L-5 D.
- 1961 METHIODAL : encoche L-4 L-5 Droite.
Réopéré : hernie discale nette en L-4 L-5

Observation n° 16

M. D... Albert, 48 ans.

- 1942 Lombalgies post-traumatiques.
- 1957 Sciatique S-1 Gauche spontanée.
Opérée : Ostéophyte en L-5 S-1;
Non soulagé.
- 1958 METHIODAL : encoche L-5 S-1 Gauche.
Non réopéré.

Observation n° 17

M. C... Abel, 41 ans.

- 1949 Opéré pour sciatique (pas de précision).
Ne souffre plus jusqu'en 1957.

- 1957 Sciatique L-5 G
METHIODAL : encoche L-4 L-5 G
Réopéré : hernie discale L-4 L-5

Observation n° 18

Melle C... Claudette, 26 ans.

- 1957 Sciatique L-5 G
Opéré : Hernie discale en L-4 L-5
Continue à souffrir.
- 1961 Lombosciatique L-5 Droite.
METHIODAL : encoche L-4 L-5 Droite.
Il montre de plus, du côté opéré la 1ère fois,
l'amputation de la **racine**.
La malade améliorée par le METHIODAL n'est pas
réopérée.

Observation n° 19

M. B... Giovani, 33 ans. Tourneur.

- 1960 Lombosciatique gauche, type L-5, à la suite d'un
violent effort.
- 1961 Opéré : hernie discale en L-4 L-5 G
(ligament vertébral postérieur rompu).
Soulagé 2 mois.
- 1961 METHIODAL : encoche L-4 L-5 Gauche.
Non réopéré (terrain sinistrosique).

Observation n° 20

M. R... François, 48 ans. Manoeuvre.

- 1950 Fracture du bassin.
Douleurs lombaires et sciatiques L-5 G.
- 1954 Opéré d'une hernie discale L-4 L-5
Soulagé quelques mois.
- 1958 METHIODAL : encoche L-4 L-5 G.
Non réopéré.

Observation n° 21

M. L... Claude, 31 ans.

- 1957 Chute sur le dos, provoquant des douleurs lombaires et des sciatalgies type S-1 droites.
Opéré : pas de hernie discale.
- 1958 Récidive type S-1 droite.
METHIODAL : encoche L-5 S-1 droite.
Amélioré par le METHIODAL. Non réopéré.

Observation N° 22

M. Fr... Donatien, 46 ans.

- 1956 Lombosciatique après un effort.
- 1957 Opéré : pas de hernie discale.
Non amélioré.
4 mois plus tard : METHIODAL. Encoche L-4 L-5 G.
Réopéré : hernie discale L-4 L-5

Observation n° 23

Mme V... Emilie, 43 ans.

- 1951 Opérée d'une hernie discale L-5 S-1 Droite, pour une sciatique S-1 Droite.
- 1957 Récidive : S-1 Droite.
METHIODAL : encoche nette L-4 L-5 Droite.
- 1958 Réopérée : pas de hernie discale.

Observation n° 24

M. B... Yves, 39 ans. Plombier.

- 1950 Lombosciatique S-1 Droite, post-traumatique.
Opéré la même année : hernie discale L-5 S-1.
- De 1950 à 1959 : Ne souffre pas.
- 1959 Lombalgies.

1960 Lombosciatique.

METHIODAL : encoche L-5 S-1 Gauche.

Réopéré : hernie discale L-5 S-1

Observation n° 25

M. P... Daniel, 27 ans. Peintre.

- 1951 Lombalgies.

- 1953 Sciatique typique L-5 Gauche.

- 1956 Opéré. Hernie discale L-4 L-5

- 1961 Récidive type S-1 Gauche.

METHIODAL. : encoche L-5 S-1 G.

Il faut noter également l'amputation de la racine opérée L-5 Gauche.

Réopéré : hernie discale L-5 S-1

	19 encoches typiques		
REOPERÉES	13	H D	0
		12	1
Non REOPERÉES	6	2 améliorées par le METHIODAL	

6 IMAGES de HERNIE DISCALE

REMANIEES POST-OPERATOIRES

Il s'agit de 6 encoches qui n'ont pas l'aspect habituel des images de hernie discale.

Elles n'ont pas le dessin délicat des encoches classiques, la convergence des racines vers l'encoche n'existe pas ou n'est pas nette. Ces images se rapprochent beaucoup plus des encoches classiques que des "Fausses encoches" que nous décrirons plus loin et qui ne correspondent pas à une hernie discale. Elles paraissent être de véritables images de hernie discale mais remaniées par l'intervention. En effet, 4 sur 6 de ces images "ont été réopérées" : 4 fois on retrouve la hernie discale.

Précisons que ces encoches remaniées siègent au niveau d'une laminectomie le plus souvent, qu'il s'agit d'une récurrence au même étage et du même côté.

Observation n° 27

Mme D... Jeanne, 65 ans.

Depuis l'âge de 45 ans : lombagos à répétition.

- 1955 1ère sciatique.

- 1956 Devant la répétition des crises et l'inefficacité du traitement médical on fait un METHIODAL pré-opératoire. Il montre une encoche en L-3 L-4.
Opéré, on enlève une hernie discale en L-3 L-4.

- 1957 Récidive.

2ème METHIODAL : montre une encoche en L-3 L-4, encoche remaniée post-opératoire.

Réopérée : persistance de débris discaux.

Observation n° 28

M. B... Jean, 24 ans.

- 1957 AT Lombosciatique L-5 Gauche.

- 1958 Opéré : hernie discale L-4 L-5
Continue à souffrir. On fait un METHIODAL
qui montre une encoche remaniée post-opératoire.
On réopère : persistance de débris discaux.

Observation n° 29

Mme D... Eléonore, 46 ans.

- 1961 Renversée par une voiture :
Lombosciatalgies post-traumatiques. Devant le
caractère rebelle des douleurs on fait un METHIODAL
qui montre une interruption ou arrêt en barre en
L-4 L-5.
Opéré : hernie discale en L-4 L-5.
La malade n'est pas soulagée.
On refait, la même année, un METHIODAL qui montre
une double encoche (ou image en sablier) mais
remaniée en L-4 L-5.
Réopérée : hernie discale médiane en L-4 L-5.

Observation n° 30

M. B... Jacques, 30 ans.

- Opéré d'une hernie discale L-4 L-5.
Persistance des douleurs. On fait un METHIODAL qui
montre une encoche remaniée post-opératoire.
Réopérée : hernie discale en L-4 L-5.

- Il faut remarquer, dans les 4 observations précédentes,
qu'à chaque fois le malade n'a pas été soulagé, ou très
peu par la 1ère intervention. Intervention incomplète.

Observation n° 31

M. M... Henri, 38 ans. Peintre.

- 1951 Sciaticque L-5 Droite spontanée.
Opérée : hernie discale L-4 L-5.

- 1957 Récidive, même topographique L-5 Droite.
Après plusieurs rechutes on fait un METHIODAL
qui montre en L-4 L-5 Droit. une encoche remaniée.
post-opératoire.
Gymnastique et lombostat ayant amélioré le malade
on persiste dans cette voie.

Observation n° 32

M. B... Charles, 45 ans. Employé de bureau.

- 1950 Lombosciatique L-5 ou S-1 Gauche, de topographie
atypique.
Opéré : hernie discale en L-4 L-5.
- De 1950 à 1958 : lombalgies.
- 1958 Récidive de la sciatique.
On fait un METHIODAL : encoche L-4 L-5 G. remaniée
post-opératoire.
Le malade n'est pas réopéré.

DEUX ARRETS COMPLETS AVEC BISEAU DE PROFIL

Observation n° 33

M. H... Paul, 47 ans.

- 1956 Lombalgies après chute de vélo.
- 1957 Sciatique S-1 Droite.
- 1957 Opéré : pas de hernie discale mais gros plexus
veineux.
- Décembre 1957 : Récidive. METHIODAL normal.
- 1959 Lumbago suivi d'une sciatique après effort.
2ème METHIODAL. Arrêt du sac avec biseau de profil
au niveau de L-4 L-5.
Vu le terrain et les accidents (phlébites, embolies)
qui ont suivi la 1ère intervention, le malade n'est
pas réopéré.

Observation n° 34

M. A... Berto, 38 ans. Fondeur.

- 1957 Lumbago d'effort suivi d'une sciaticque L-5 ou S-1.
1er METHIODAL : encoche L-4 L-5
- 1958 Opéré : hernie discale récidive en L-4 L-5
Guérison.
- 1959 Lombosciatique bilatérale type S-1 prédominant à droite.
2ème METHIODAL : encoche L-5 S-1.
- 1959 Opéré une deuxième fois : hernie discale L-5 S-1
Huit mois plus tard : syndrome de la queue de cheval
PL : blocage.
3ème METHIODAL. Arrêt complet avec biseau de profil
au bord supérieur de L-4.
Refus d'intervention.

INTERRUPTION OU ARRET EN BARRE (1 cas)

Observation n° 35

M. L... Gilbert, 20 ans.

- 1951 Sciaticque S-1 Droite à l'âge de 14 ans.
- 1958 Opéré : hernie discale L-4 L-5.
Amélioré 3 mois.
Récidive : topographie imprécise L-5 ou S-1 G.
METHIODAL : image d'interruption.
Malade non réopéré.

AMPUTATION DE RACINE (1 cas)

Observation n° 36

M. D... Hilaire, 43 ans.

Depuis 1943 : lombalgies chroniques.

- 1958 Sciaticque S-1 G.
Opéré, on fait une radicotomie L-4 L-5
Le malade n'est pas soulagé.

Au METHIODAL on trouve une image d'encoche que nous décrirons dans les images post-opératoires en L-3 L-4 et, par ailleurs, nous lisons sur ce METHIODAL une interruption précoce de S-1 G.

Il est peu probable que, lors de la 1ère intervention, L-5 S-1 ait été exploré. Il y a certainement eu erreur d'étage.

En effet, le C.R.O. signale : exploration de L-5 S-1 et L-4 L-5. Il ne parle pas de L-3 L-4. C'est donc L-4 L-5 et L-3 L-4 qui ont été explorés et non pas L-5 S-1 et L-4 L-5.

Cette image d'amputation de S-1 est retenue car c'est la seule anomalie du METHIODAL avec l'encoche post-opératoire en L-3 L-4. L-5 du même côté est visible.

On réopère : hernie discale en L-5 S-1.

L-3 L-4 est vérifié : pas de hernie discale, mais tissu cicatriciel.

TABEAU GROUPANT LES 31 IMAGES DE TUMEURS OU DE HERNIES DISCALES

Type d'image	nombre	réopérés	Non réopérés
<u>TUMEUR</u>	2	2	0
<u>HERNIE DISCALE</u>	29		
- Encoches	19	13	6
- Images remaniées	6	4	2
- Interruption ...	1	0	1
- Arrêt	2	0	2
- Amputation	1	1	0
Total	31	20	11

On peut être frappé, dans ce tableau, par l'importance du nombre d'encoches: 19, auquel s'ajoutent les 6 encoches remaniées post-opératoires, à côté de l'unique image d'amputation de racine.

Nous avons particulièrement détaillé et discuté cette observation. Nous verrons plus loin les raisons de ce petit nombre.

Rappelons que nous avons retenu ce cas car il est très probable et même certain que la racine en question n'avait pas été explorée lors de la première intervention.

* * *

C) - 23 fois le METHIODAL montre des IMAGES POST-OPERATOIRES

Nous décrirons successivement :

- 1°) les fausses encoches,
- 2°) les faux arrêts,
- 3°) le côté opéré irrégulier,
- 4°) le défaut d'injection du sac dural,
- 5°) le sac court,
- 6°) les soufflures du sac.

1/ LES FAUSSES ENCOCHES

Ces encoches, par leurs caractères, peuvent évoquer pour l'oeil celles que l'on rencontre dans le cancer de l'estomac : images lacunaires, aux contours irréguliers, parfois de tonalité non homogène.

Leur taille est variable, parfois petite : à type de grignotage, de coup d'ongle; parfois plus profonde, plus haute: encoches polycycliques.

Elles ont deux caractères communs :

a) Tout d'abord, leur siège.

Elles siègent à un niveau exploré par le chirurgien, c'est un fait constant; en face d'une laminectomie, en regard d'un disque exploré, cureté ou non.

b) Enfin, il n'y a pas, comme dans l'encoche classique, typique de hernie discale, de convergence des racines vers l'encoche, au-dessus et au-dessous de l'encoche le sac n'est pas rétréci, l'encoche paraît alors être faite par un emporte-pièce plus ou moins régulier.

Nous décrivons 4 types d'encoche :

- L'encoche polycyclique aux bords nets, la plus fréquente dans notre étude. C'est la plus haute et la plus profonde, sa tonalité est homogène.
- Deux encoches en coup d'ongle.
- Deux fois c'est un grignotage irrégulier du bord du sac, peu profond, mais plus haut que le coup d'ongle, de tonalité non homogène.
- Enfin 1 encoche dite "en coup de hache", taillée dans le "fût" du sac dural.

FAUSSES ENCOCHES (11)

T y p e	Nombre
Grignotage	2
Coup d'ongle ...	2
Polycycliques ..	6
Coup de hache ..	1

Observation n° 37

Mme L... Jeanne, 33 ans.

- 1954 Lombosciatique à bascule type S-1.
Opérée la même année. Important module
ostéophytique en L-5 S-1.
Guérison stable de 1954 à 1961.
- 1961 Récidive.
Le METHIODAL montre une petite encoche en coup
d'ongle en L-5 S-1 Gauche.
Réopérée : pas de hernie discale. Fibrose.

Observation n° 38

M. G... Léon, 30 ans. Jardinier.

- Janvier 1959 Sciatique L-5 G. post-traumatique.
1er METHIODAL : encoche L-4 L-5.
- Février 1959 Opéré : Hernie discale L-4 L-5.
- 1960 Récidive : L-5 G. typique.
2ème METHIODAL : fausse encoche polycyclique en
L-4 L-5.
Réopérée : hernie discale en L-4 L-5 formée
par quelques résidus de tissu discal.

Observation n° 39

M. G... Daniel, 23 ans.

- 1957 Lombosciatique S-1 G.
- 1958 Opéré : hernie discale en L-5 S-1.
- 1959 Récidive précoce S-1 G.
METHIODAL : fausse encoche à type de grignotage
du bord du sac.
Réopéré : fibrose.

Observation n° 40

Mme F... Renée, 40 ans. Infirmière.

- 1954 Chute de bicyclette.
Lombosciatalgie gauche.
- 1955 Opérée : hernie discale en L-4 L-5.
- 1956 Récidive de la lombosciatique.
- 1957 METHIODAL : encoche en coup d'ongle en L-4 L-5
Réopérée : fibrose, pas de hernie discale.

Observation n° 41

M. J... Rosario, 32 ans. Manoeuvre.

- 1958 Lombalgie post-traumatique.
- 1960 Lombosciatique S-1 G.
Opéré : hernie discale en L-5 S-1.
Un mois plus tard, sciatique L-5 G.
Réopéré : pas de hernie discale. On fait une radicotomie L-5 qui donne de bons résultats pendant 12 mois.
- 1961 Lombosciatique atypique.
METHIODAL : énorme encoche L-5 S-1 Gauche en coup de hache, taillée dans la partie inférieure du sac, à bords nets; le sac est renflé à son extrémité inférieure, paraissant occuper l'espace libre créé par la laminectomie de L-5; par ailleurs, on trouve sur le côté droit du sac, côté qui n'a pas été exploré lors des deux interventions, une encoche très haute, peu profonde. Donc, sac dural à la morphologie très bouleversée.
Ce malade est réopéré : fibrose.

Observation n° 42

M. D... Antonio, 34 ans. Manoeuvre.

- 1958 Lombosciatique post-traumatique, type L-5 bilatérale.

1er METHIODAL : encoche L-4 L-5 Droite.

Opéré : hernie discale médiane en L-4 L-5.

6 mois plus tard : récurrence.

2ème METHIODAL : grosse encoche polycyclique en L-4 L-5 Droite.

Réopéré : fibrose.

Observation n° 43

M. H... Mohamed, 40 ans. Manoeuvre.

- 1959 Sciastique L-5 Gauche d'effort.

1er METHIODAL : encoche en L-4 L-5 Gauche.

Opéré : erreur d'étage. On aborde L-3 L-4 et non pas L-4 L-5.

Non soulagé.

2ème METHIODAL : encoche L-4 L-5 G.

Mais fausse encoche à type de grignotage apparue en L-3 L-4

Réopéré : on trouve une hernie discale en L-4 L-5

Mais le malade fait une complication infectieuse à staphylocoque : infection de la plaie opératoire et spondylodiscite.

Accidents bien jugulés par les antibiotiques.

Séquelles : lombalgies tenaces avec parfois sciatalgies.

De fait, un 3ème METHIODAL, qui ne montre pas d'image de hernie discale mais qui montre, outre un gros pont osseux entre L-4 L-5 au contact d'un clip, en L-3 L-4 la fausse encoche post-opératoire séquelle de la 1ère intervention, la disparition

de l'encoche typique de hernie discale en L-4 L-5, mais la racine L-5 n'est pas réinjectée. On peut être étonné qu'après deux interventions, deux METHIODAL et surtout une si grosse infection (suppuration de la plaie et spondylodiscité) le METHIODAL ait encore une morphologie si proche de la normale.

Observation N° 44

M. M... Bernard, 31 ans. Boucher.

- 1952 Sciatique L-5 Droite.
Opéré : hernie discale en L-4 L-5.
- 1957 Récidive S-1 Droite avec quelques irradiations gauches.
- 1958 METHIODAL : fausse encoche polycyclique en L-4 L-5 Droite.
Réopéré : fibrose.

Observation n° 45

M. Th... Pierre, 34 ans. Bureaucrate.

- 1943 Lombalgies.
- 1958 Sciatique S-1 Droite porésiante.
Opéré rapidement : hernie discale volumineuse en L-5 S-1.
Le malade reste lombalgique, avec quelques irradiations sciatiques.
METHIODAL ; encoche polycyclique en L-5 S-1 Droit.
Non réopéré : (sinistrosique).

Observation n° 46

M. K... Kozys, 53 ans. Tôlier.

- 1948 Sciatique L-5 Droite.

Opéré : hernie discale L-4 L-5 Droite.

Pas d'amélioration.

Réopéré : pas de hernie discale.

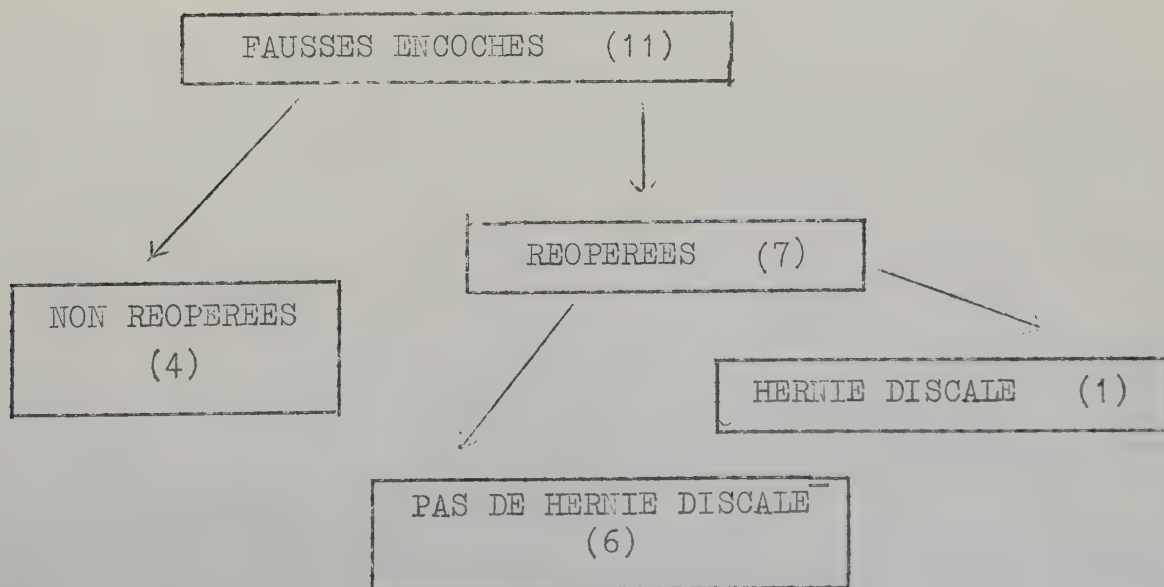
Souffre toujours.

- 1951 Réopéré (pas de R.O.) Soulagé jusqu'en :
 - 1961 année où il présente une sciatique L-5 Droite ou S-1 Droite (?) rebelle.
- METHIODAL : énorme encoche polycyclique en L-4 L-5 Droite.
- N'est pas réopéré après le METHIODAL.

Observation n° 47

Mme L... Lucie, 45 ans.

- 1956 Sciatique atypique en L-5 ou S-1 Gauche, d'apparition spontanée.
Opérée : hernie discale L-5 S-1 Gauche, soulagée 3 mois, puis récidive, de topographie toujours atypique.
- 1958 METHIODAL : énorme encoche polycyclique L-5 S-1 Gauche.
Non réopérée.



2/ LES FAUX ARRETS

5 dans notre travail.

Ils sont de deux types :

a) l'un donne, de face, une image de limite nette, linéaire, mais c'est un arrêt incomplet (1 observation).

b) l'autre, plus fréquent (4 cas), donne sur les clichés de face le même aspect qu'un arrêt typique de hernie discale, arrêt horizontal, formé par l'interruption de la striation verticale des racines juxtaposées, parallèles, mais sur le profil il n'y a pas de biseau, mais un arrêt horizontal crénelé, en dents de peigne.

Observation n° 48

M. W... Rosi, 63 ans.

- 1958 Apparition progressive d'une lombo-cruralgie L-4 Gauche.

On fait un 1er METHIODAL : arrêt en barre, ou interruption en L-4 L-5.

- 1959 Opéré : Saillie discale en L-4 L-5.

Le malade est soulagé de sa cruralgie gauche mais souffre à droite (territoire du L-4) dans les suites opératoires.

On fait un 2ème METHIODAL qui montre, en L-4 L-5, un arrêt irrégulier sur le profil; on réintervient, on fait un curetage de L-4 L-5 sans pouvoir affirmer qu'il y aurait hernie discale.

Importante fibrose dont le siège n'est pas précisé sur le C.R.O. intra ou extra dural.

Le malade continuant à souffrir et présentant également des signes de névrite au membre supérieur, des examens de laboratoire approfondis diagnostiquent un diabète.

Le malade guérit rapidement par l'insulinothérapie.

Observation n° 49

M. B... Jean, 34 ans.

- 1957 Accident du travail.

Lombosciatique L-5 Gauche.

On fait un 1er METHIODAL qui montre une encoche en L-4 L-5.

On opère : hernie discale en L-4 L-5.

Le malade est quelque peu soulagé.

6 mois plus tard, à la suite d'un faux pas, il présente une sciatique L-5 Droite.

Un 2ème METHIODAL montre un arrêt sans biseau sur le profil en L-4 L-5.

On réintervient : le C.R.O. signale une saillie discale en L-4 L-5, mais surtout une Arachnoïdite (il n'est pourtant pas mentionné que l'on ait ouvert le sac dural), le malade continue à souffrir.

Observation n° 50

M. H... Benoît, 23 ans. Manoeuvre.

- 1959 Lombosciatique bilatérale spontanée, de topographie atypique, imprécise, L-5 ou S-1.

Un 1er METHIODAL montre une interruption en L-4 L-5 avec biseau sur le profil.

Opéré : on fait une erreur d'étage.

Le malade continuant à souffrir, on fait un 2ème METHIODAL : qui montre en L-4 L-4, disque qui a été exploré, un faux arrêt avec aspect en dent de peigne sur le profil.

On réintervient : il n'y a rien en L-3 L-4, la hernie discale très nette est retrouvée en L-4 L-5. Guérison.

Observation n° 51

M. L... Georges, 42 ans.

- 1953 Sciastique type S-1 droite porésiante consécutive à un effort.
- 1957 Opéré : pas de hernie discale.
- 1958 Réopéré : pas de hernie discale. Le C.R.O. signale de "grosses varices coagulées".
- 1959 Devant la persistance des douleurs, on fait un METHIODAL.

Celui-ci montre un arrêt linéaire sur la face mais incomplet : un mince filet de contraste passe à droite.

On réintervient : échec. Pas de hernie discale. Fibrose périurale très importante.

Observation n° 52.

M. M... Marcel, 55 ans. Maçon.

- 1957 Chute provoquant des lombalgies.
- 1960 Sciastique L-5 Gauche.

1er METHIODAL : interruption en L-4 L-5.

Opéré : hernie discale en L-4 L-5.

3 semaines après l'opération, le malade recommence à souffrir, dans le territoire S-1 Droit.

2ème METHIODAL : arrêt en L-4 L-5 irrégulier sur le profil, sans biseau, mais avec une image de tonalité en L-3 L-4 qui est retrouvée sur le 1er METHIODAL.

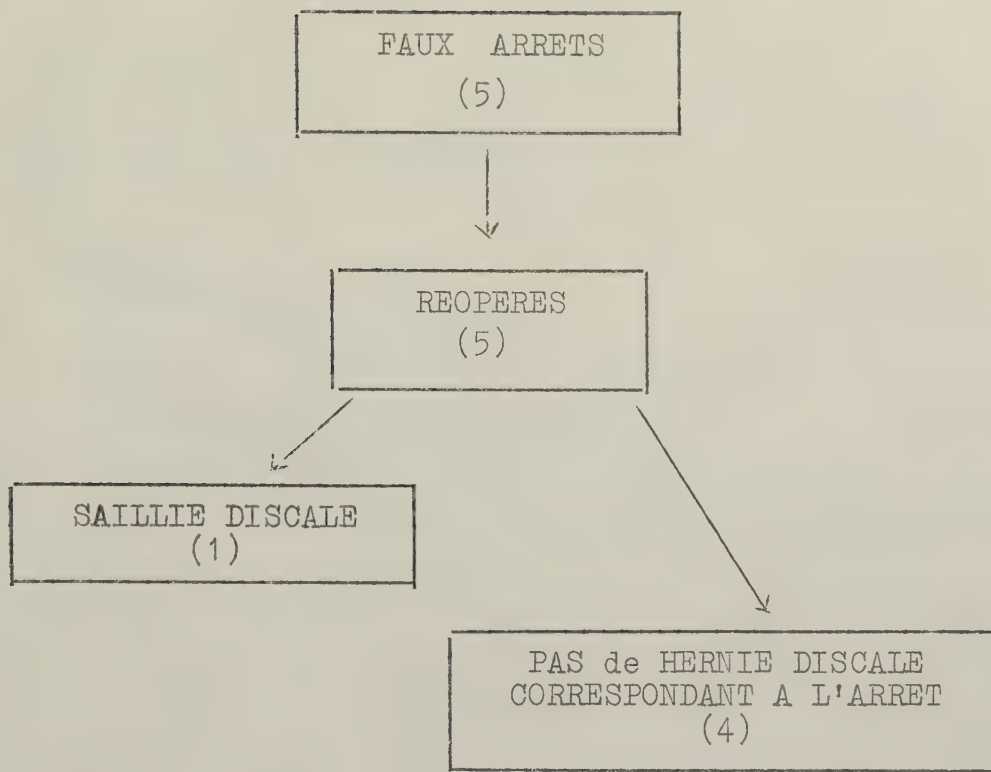
On réintervient : pas de hernie discale en L-4 L-5

On n'a pas vérifié L-3 L-4 !

- Notons que tous ces faux arrêts ont été réopérés :

3 échecs. 1 fois on parle de saillie discale, mais le résultat est nul. Enfin, dans le 5ème cas on retrouve une hernie discale en L-4 L-5 mais rien en L-3 L-4 où siégeait l'arrêt sur le 2ème METHIODAL. On ne pouvait tenir compte de cet arrêt.

Donc :



3/ LE COTE OPERE IRREGULIER

(4 cas)

Nous entendons par là que le côté qui a été opéré, lorsqu'on le compare (surtout sur les 3/4) avec le côté non opéré, est moins net; qu'il prend un aspect effiloché où il est impossible bien souvent de retrouver les racines.

Dans d'autres cas, le côté opéré n'a pas, à proprement parler, un aspect irrégulier, mais les racines de ce côté sont interrompues précocement.

Donc, dans tous ces cas il n'y a plus de symétrie entre les 3/4.

Nous rapportons ici 4 observations où c'est la seule anomalie constatée sur la saccoradiculographie, mais dans bon nombre d'observations nous l'avons constatée. Mais l'existence d'autres images radiologiques fait que nous avons classé dans d'autres chapitres ces observations.

Observation n° 53

M. B... Lucien, 36 ans. Agriculteur.

Lombosciatique S-1 Gauche rebelle.

Opéré : hernie discale en L-5 S-1 Gauche.

Peu de temps après la reprise du travail :

Récidive de la sciatique S-1 Gauche.

Le METHIODAL montre sur le 3/4 gauche une interruption précoce des racines L-5 et S-1 gauches.

Malade non réopéré. Disparition progressive des douleurs.

Observation n° 54

Mme B... Colette, 26 ans. Dactylographe.

- 1955 Sciatique S-1 Droite.

- 1956 Opéré : hernie discale en L-4 L-5.

- 1957 Récidive de la sciatique S-1 Droite.

METHIODAL 3/4 droit effiloché, irrégulier.

Réopéré : fibrose.

Pas de hernie discale ni en L-4 L-5

ni en L-5 S-1

Observation n° 55

Mme D... Jeanne, 38 ans.

- 1954 Sciatique S-1 G. d'apparition brutale mais spontanée.

- 1955 Opérée : hernie discale en L-4 L-5 soulagée quelques mois.

- 1958 Sciastique S-1 à bascule.
Pas de signes cliniques objectifs.
On fait un METHIODAL : côté droit normal.
côté gauche irrégulier.
Non réopéré.

Observation n° 56

M. L... Pierre, 47 ans. Représentant.

- 1951 Sciastique S-1 Gauche.
Opéré : saillie discale en L-5 S-1
- de 1951 à 1955 : Ne souffre pas.
- 1955 Sciastique L-5 Droite.
METHIODAL : côté opéré droit d'où souffre le
malade : normal. Par contre, le côté gauche opéré,
et dont le malade ne souffre plus, est irrégulier.

4/ DEFAUT D'INJECTION DU SAC DURAL

(1 cas)

Observation n° 57

M. X...

- 1955 Sciastique L-4 Droite.
Opéré : hernie discale en L-3 L-4
- 1955 à 1959 : Ne souffre plus.
- 1959 Sciastique S-1 Gauche.
METHIODAL normal.
Mais en regard de la laminectomie, on voit une
lacune suspendue.

5/ LE SAC COURT

Nous rapportons un seul cas :

Observation n° 58

Mme C... Marie, 58 ans.

- Sciatique S-1 Droite rebelle.

Opérée : hernie discale en L-5 S-1

Pendant la rééducation : réapparition des douleurs.

METHIODAL : Image de tonalité en L-4 L-5, mais également sac très court.

Sur le METHIODAL fait avant l'intervention, le sac descendait au niveau de S-2 S-3.

Sur le METHIODAL post-opératoire : arrêt du METHIODAL en L-5 S-1. L'extrémité inférieure du sac, au lieu d'être effilé, est renflée.

6/ SOUFFLURE DU SAC EN REGARD D'UNE LAMINECTOMIE

Nous en avons rapporté un cas : Observation n° 41.

En voici un autre :

Observation n° 59

M. L... Robert, 44 ans.

- 1940 Lombalgies d'effort.

- De 1940 à 1954 : Lombalgies intermittentes.

- 1954 Lombosciatiques de topographies atypiques en L-4 ou L-5 Gauche.

Opéré : hernie discale en L-4 L-5

- 1955 Récidive L-5 Gauche, sans gros signes objectifs.

- 1956 Le METHIODAL montre une soufflure du sac au niveau de L-4 L-5 à Gauche.

Par ailleurs, irrégularité du côté opéré.

Le malade n'est pas réopéré.

* * *

D) - LES AMPUTATIONS DE RACINES

Les amputations de racines sont, à coup sûr, les images les plus difficiles à classer.

Elles ont une place à part. Les encoches ont une taille qui permet de les décrire, de les différencier :

- en encoches typiques de hernie discale,
- et en encoches post-opératoires, fausses encoches ou encoches remaniées post-opératoires.

Par contre, l'amputation d'une racine par hernie discale, et l'amputation séquelle radiologique d'une intervention, ne diffèrent nullement.

Une racine libérée de la compression par le chirurgien ne voit pas toujours sa gaine libérée, et aussi bien injectée que son homologue. Nous avons rapporté une observation (n° 5) où l'intervention a parfaitement libéré la gaine (nous avions un METHIODAL pré-opératoire), et celle-ci est parfaitement visible sur le METHIODAL post-opératoire.

On a pu s'étonner que nous n'ayons rapporté qu'une seule observation où une amputation de racine évoquait certainement une hernie discale (Observation n° 36), nous avons expliqué pourquoi : Il y avait erreur d'étage, et la racine qui souffrait n'avait pas été explorée.

Chaque fois que la racine suspecte sur le METHIODAL post-opératoire a été déjà explorée, traumatisée par l'acte chirurgical, il est impossible de faire la part entre la blessure chirurgicale, une fibrose réactionnelle à la hernie discale, et une éventuelle hernie discale persistante.

Nous avons vu également que tout le côté exploré peut présenter des irrégularités, des interruptions précoces des

racines. Donc, on ne peut tenir compte, dans ces METHIODAL chez l'opéré, d'une amputation de racine que si cette racine n'a pas été explorée, que si les racines sus et sous-jacentes explorées ou non sont visibles, nettes et qu'entre elles le bord du sac soit régulier.

Un seul exemple dans notre travail.

Par contre, nous trouvons 11 cas sur 70 où nous discutons une amputation de racine sur laquelle il est difficile de se prononcer. Le siège de ces amputations est particulier :

10 fois sur 11 il siège en L-5 S-1,
sur la racine S-1.

Sur ces 11 amputations, 9 siègent à un niveau déjà exploré; 2 siègent à un niveau différent. Mais dans ces 2 cas les racines libérées par la 1ère intervention ne sont pas visibles et le bord du sac (côté opéré) n'est pas très net.

Observation n° 60

Mme D... Léone, 40 ans.

- Lombosciatalgie après un effort de soulèvement.

Sciatique type S-1 Droite.

Opérée quelques mois plus tard.

Hernie discale en L-4 L-5.

L-5 S-1 vérifié, pas de hernie discale.

Pas d'amélioration.

Deux mois plus tard on fait un METHIODAL.

Amputation de S-1 Droit.

Réopéré, pas de hernie discale, on parle d'ostéophytose mais pas d'amélioration.

Observation n° 61

M. R... Amar, 47 ans.

- 1947 Lombosciatalgie d'effort de topographie imprécise, L-5 ou S-1 Gauche.
- 1948 Opéré : hernie discale en L-4 L-5.
- 1957 Récidive : L-5 Gauche.
METHIODAL : amputation de L-5 Gauche, mais également de S-1 Gauche.
Réopéré : pas de hernie discale.
Réseau veineux important autour de L-5.

Observation n° 62

M. W... Bruno, 36 ans. Ferrailleur.

- 1955 Sciatique S-1 Droite à la suite d'un effort de soulèvement.
On enlève une hernie discale en L-4 L-5
L-5 S-1 vérifié : rien.
- 1956 Récidive S-1 Droite.
METHIODAL : amputation de S-1 D.
Le malade n'est pas réopéré.

Observation n° 63

M. C... Pierre, 39 ans. Représentant.

- 1945 Saute sur une mine en jeep. Un mois plus tard, lumbago aigu.
- De 1945 à 1949 Alternance de lombalgie et de sciatalgie gauche.
- 1949 Sciatique type S-1 gauche hyperalgique.
Opéré : hernie discale L-5 S-1.
- 1950 Récidive S-1 Gauche de même qu'en 1954 et 1955.
- 1955 METHIODAL : amputation de S-1 Gauche.
On réopère : rien à 3 étages.

Observation n° 64

Mme D... Marie-Jeanne, 22 ans.

- 1957 Lombalgie.
- Novembre 1957 : sciatique S-1 Gauche succédant à un lombago aigu.
- Décembre 1957 : opéré : hernie discale en L-5 S-1.
- 1959 Lombosciatalgie S-1 Gauche.
METHIODAL : ne montre qu'une amputation de S-1 G.
dont on ne peut tenir compte.

Observation n° 65

M. D... Jean, 34 ans. Gardien de la Paix.

- Sciatique S-1 Gauche rebelle.
Opéré : hernie discale en L-5 S-1
6 mois plus tard, à la suite d'une chute :
Lombosciatique S-1 Gauche rebelle.
METHIODAL : amputation de S-1 Gauche.
Lombostat plâtré.

Observation n° 66

M. D... Edouard, 34 ans. Monteur.

- Lombosciatique S-1 Gauche post-traumatique.
Opéré : hernie discale en L-4 L-5, rien en L-5 S-1.
3 ans plus tard : récurrence S-1 Gauche.
METHIODAL : L-5 Gauche est mal vu.
Amputation de S-1 Gauche.
Réopéré : hernie discale très latérale en L-5 S-1.
Signalons que les signes de sciatique étaient très nets.

Observation n° 67

M. R... André, 45 ans. Maçon.

- Lombosciatique S-1 Gauche porésiante post-traumatique.

Opéré : hernie discale en L-5 S-1.

Reprise des douleurs 7 mois plus tard avec des lombalgies très importantes, et scialtagies type S-1 gauche.

METHIODAL : amputation de S-1 gauche.

Le malade n'est pas réopéré.

Observation n° 68

M. B... Roger, 33 ans. Ingénieur.

- Lombosciatique gauche chez un sujet ayant un passé de lombalgies.

Opéré : pas de hernie discale.

Continue à souffrir.

Un an plus tard, on fait un METHIODAL : amputation de S-1 Gauche.

Non réopéré.

Observation n° 69

Mme S... Eliane, 33 ans.

- Sciatique S-1 Gauche.

Opéré : saillie discale en L-5 S-1.

Récidive 8 mois plus tard.

METHIODAL : amputation de S-1 Gauche.

Non réopérée.

Observation n° 70

M. W... René, 35 ans.

- Lombosciatique S-1 Gauche rebelle.

Opéré : pas de hernie discale.

Réopérée une deuxième fois: pas de hernie discale.
 METHIODAL. Amputation de S-1 gauche.
 Pas de 3ème intervention.

TABEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENTS TYPES D'IMAGE

I	METHIODAL NORMAL	5
II	<u>IMAGE de TUMEUR</u>	2
III	<u>IMAGE de HERNIE DISCALE</u> (Encoche 19 E. Remaniées 6 Arrêt 2 Interruption 1 Amputation 1	29
IV	<u>IMAGE POST-OPERATOIRE</u> (Fausses encoches 11 Faux arrêts 5 Soufflure du sac 1 Sac court 1 Côté opéré irrégulier. 4 Lacune suspendue 1	23
V	<u>AMPUTATION DE RACINE</u> Post-opératoire	11
	Total	<u>70</u>

Notre description des différentes images s'arrête là. Nous avons le sentiment de ne pas avoir tout décrit. En effet, nous avons rencontré d'autres images dans ce cadre du METHIODAL CHEZ L'OPERE. Mais il s'agissait de lombalgiques avec trop peu de sciatique.

Pour avoir une distribution homogène et pouvoir tirer des conclusions les plus précises possibles, nous avons éliminé de notre étude toutes les récidives où la sciatique n'était pas probante, gênante pour le malade qui se plaignait surtout de lombalgies.

Signalons que nous avons rencontré, chez de tels sujets, des aspects de faux sablier, de faux rétrécissement du sac, rétrécissement très haut en général, plus que dans l'image en sablier typique de hernie discale, et moins régulier et harmonieux que celle-ci.

Nous ne voulons pas dire qu'un tel aspect soit propre au lombalgique opéré, mais nous ne l'avons pas vu dans nos 70 récidives de sciatique.

Toutes ces images post-opératoires ont des caractères communs :

Certes, elles ne sont pas constantes et la saccoradiculographie peut être parfaitement normale, très belle, facile à interpréter. Mais ces images post-opératoires sont très fréquentes. La lecture de ces 70 observations montre que leur apparition est très précoce.

A l'exception des amputations de racine qui posent un problème très épineux, elles ne se voient que chez l'opéré.

Leur siège mérite d'être souligné, répété. Fait important et qui doit rendre sceptique et attentif, lorsqu'on

lit un METHIODAL D'OPERE, elles siègent en regard d'une laminectomie ou au niveau d'un disque exploré.

- " Fausse encoche, Encoche remaniée, Soufflure du sac,
- " Lacune suspendue. Amputation de racine.

Mais ces déformations peuvent atteindre tout le côté opéré (amputations sur tout le côté opéré, côté opéré irrégulier), gagner tout l'espace exploré (faux arrêt), transformer complètement la silhouette du sac (sac court et observation n° 35 avec son encoche en coup de hache).

Enfin il n'y a pas que des METHIODAL ne comportant que des images de hernie discale ou des images post-opératoires. Nous avons vu que les deux peuvent être associées.

Sur les 31 observations qui montraient des images de hernie discale ou de tumeur, au moins 8 fois nous relevons des images post-opératoires. La présence de celles-ci ne gênant nullement l'interprétation, car, nous l'avons vu, une image de hernie discale sur un METHIODAL D'OPERE correspond presque toujours à une hernie discale récidivante ou persistante.

* * *

Nous terminerons ce chapitre par l'étude de

L ' A R A C H N O I D I T E

L'ARACHNOÏDITE peut être responsable d'un syndrome douloureux, et même de sciatalgies. Anatomiquement elle correspond à des lésions de localisation bien précise.

Mais radiologiquement peut-on donner telle ou telles images comme pathognomoniques de l'Arachnoïdite ?

Nous ne pouvons amener à ce sujet aucun fait précis.

En effet, nous avons vu ce diagnostic soulevé devant certains aspects très bouleversés de la morphologie du sac dural :

" faux arrêts, sac court ".

Mais nous n'avons jamais eu de confirmation d'un tel diagnostic lorsque les malades ont été réopérés. Le C.R.O. n'est pas explicite et la fibrose épidurale est bien souvent citée.

Ailleurs, c'est dans le compte-rendu opératoire que le diagnostic d'ARACHNOÏDITE est posé, mais nous n'avons jamais la certitude que le sac dural ait été ouvert.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas l'existence de l'ARACHNOÏDITE que nous discutons, mais il nous est impossible de faire un parallélisme anatomo-radiologique de l'ARACHNOÏDITE. Nous n'avons pas d'image à proposer pour elle de façon formelle.

Tout au plus, devant certains aspects radiologiques peut-on parler de fibrose méningée, sans pouvoir pour cela en préciser le siège, intradural ou épidural.

II) - LES CAS REOPERES.

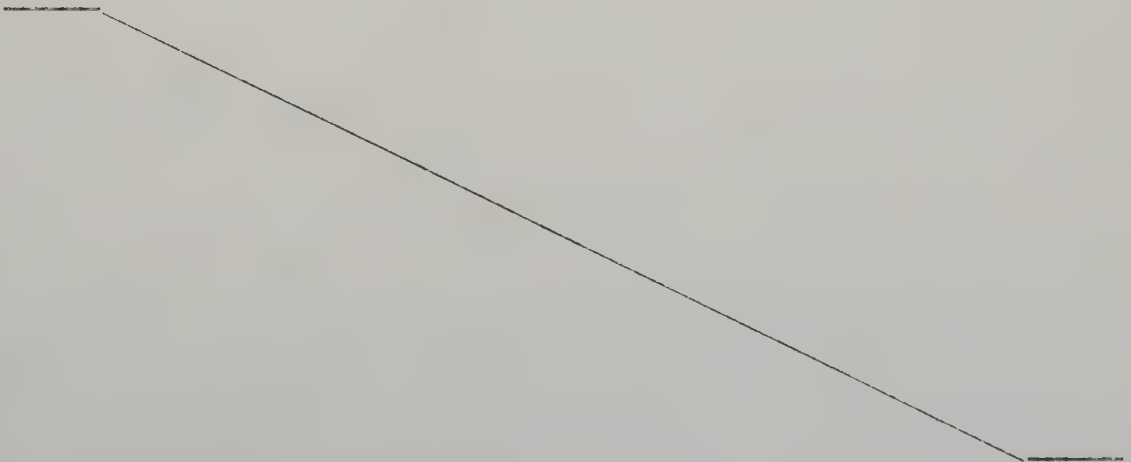
VALEUR DU METHIODAL.

SIEGE DES RECIDIVES.

Nous avons signalé les cas réopérés en décrivant les différentes observations.

Nous allons regrouper tous ces cas, dont l'étude particulière nous permettra de préciser la valeur du METHIODAL, c'est-à-dire en fait du parallélisme anatomo-radiologique.

Le tableau suivant regroupe ces différents cas selon les différents types d'image que nous avons proposés :



TYPE de METHIODAL		R é o p é r é s			Non Réopérés
		Tumeur	Hernie discale	0	
I	<u>METHIODAL NORMAL</u> 5 cas				5
II	<u>METHIODAL TYPIQUE</u> de Tumeur ou Hernie discale 31 cas 2 Tumeurs 2 29 H.D.			1	
			18		10
III	<u>METHIODAL</u> <u>POST-OPERATOIRE</u> 23 cas		1	11	
					11
IV	<u>AMPUTATION</u> <u>POST-OPERATOIRE</u> 11 cas		1	3	
					7
TOTAL : 70 cas		2	20	15	33

37

33

Done, 37 malades sur 70 ont été réopérés :

a) - 2 fois on enlève une tumeur.

- Remarquons que, dans ces 2 cas, on avait tout d'abord diagnostiqué une hernie discale et qu'elle fut retrouvée lors de la 1ère intervention (une saillie discale et une hernie discale).

(On peut en rapprocher l'observation n° 48.

(Malade non soulagé par la 2ème intervention,

(la 1ère avait enlevé une saillie discale. Le

(malade faisait, en fait, une névrite diabétique.

b) - 20 fois on enlève une hernie discale.

c) - 15 fois on ne retrouve pas de hernie discale et le Compte-Rendu Opératoire signale : stéophytose, grosse lame, plexus veineux ou rien. Ceci posant toujours le problème de la sciatique en dehors de toute hernie discale. Dans une de nos observations au moins, la hernie discale n'a pas été retrouvée certes, mais l'ablation d'un gros ostéophyte a vu le malade guérir. Par ailleurs, l'ablation de fragments discaux, le curetage d'un disque ne soulage pas toujours le malade !

Dans les 20 cas où l'on retrouve une hernie discale :

a) - Le METHIODAL affirmait la hernie 17 fois.

b) - Dans 1 cas il ne l'écartait pas, mais ne l'affirmait pas non plus (hésitation légitime devant cette amputation de racine : observation n° 66).

c) - Dans 2 cas, le METHIODAL ne montrait que des aspects inhabituels et d'allure cicatricielle. Ainsi dans

l'observation 50 où il y avait eu erreur d'étage la 1ère fois, le 2ème METHIODAL nous montre un faux arrêt irrégulier sur le profil, sans bec de flûte en L-3 L-4. On se fie au 1er METHIODAL et l'on trouve bien la hernie discale en L-4 L-5. Un tel METHIODAL était inutile car l'erreur d'étage était manifeste sur le cliché du rachis lombaire, qui montrait que la laminectomie n'avait pas porté sur L-5 mais sur L-4.

Dans un autre cas, c'est derrière une fausse encoche polycyclique, cicatricielle qu'existait la hernie discale (observation n° 38).

Dans les 15 réinterventions négatives,

que montrait le METHIODAL ?

- a) - 3 fois il ne permettait pas de se prononcer. Il n'offrait que des images d'amputation de racines post-opératoires (observations n° 60, 64 et 63).
- b) - 1 fois (observation n° 23) devant une image typique de hernie discale, sous la forme d'une encoche classique, avec sa convergence harmonieuse des racines en embrasse de rideau vers l'encoche, on est étonné que l'on n'ait pas trouvé de hernie discale.
- c) - 11 fois le METHIODAL ne montrait que des images cicatricielles :
 - fausses encoches
(observations n° 37, 39, 40, 41, 42 et 44);
 - faux arrêts
(observations n° 48, 49, 51 et 52);
 - côté opéré irrégulier
(observation n° 54).

15 échecs sur 37 malades réopérés.

Il faut bien dire que la plupart de ces malades ne furent réopérés que devant l'insistance des médecins impuissants à les soulager, et nous avons, à maintes reprises, noté la réticence du chirurgien à réintervenir sur ces malades qui présentaient des images manifestement cicatricielles pour eux, surtout en ce qui concerne les faux arrêts.

On peut donc conclure que sur ces 37 réopérés, le METHIODAL trompe 2 fois:

- 1 fois (observation 23) il affirmait à tort une hernie discale,
- 1 fois (observation 38) il l'infirmait et le chirurgien a enlevé une hernie discale.

Dans les 35 autres cas, il y a eu :

parallélisme anatomo-radiologique,

à ceci près qu'il faut dire que dans les 4 cas où l'on a réopéré devant une image d'amputation (3 échecs, 1 hernie discale), ce parallélisme anatomo-radiologique est sujet à discussions.

Donc, dans 31 cas sur 37, soit dans

84 % des cas, on peut se fier au METHIODAL.

Nous sommes loin de la grande fidélité du METHIODAL chez le sujet non opéré, mais ce pourcentage est loin d'être négligeable.

Ainsi la valeur du METHIODAL chez l'opéré est appréciable, et il nous semble que la clinique seule ne peut apporter autant de sécurité dans l'attitude thérapeutique à prendre. En effet, les problèmes thérapeutiques posés par ces 70 cas étaient très difficiles; il s'agit de sujets hospitalisés. Le

fait que l'on ait demandé un METHIODAL montre bien que tout n'était pas clair ni simple, que le traitement médical était inefficace. De plus, la clinique nous a paru, à la lecture de l'histoire de ces 70 malades, très atypique le plus souvent, et bon nombre de sinistrosiques, de pithiatiques s'y comp-
taient.

* * *

SIEGE DES LESIONS DANS LES CAS REOPERES

Sur les 20 hernies discales :

- 1°) L'étude de ces cas réopérés nous a permis de constater que dans 3 cas le METHIODAL, tout comme le chirurgien, localise la hernie discale à un étage différent de la 1ère fois.

(Observations n° 13, 25 et 66).

- 2°) 17 fois le METHIODAL localise la lésion au même étage que la 1ère fois. La hernie a récidivé ou persisté.

Elle persiste pour 3 raisons :

- soit qu'il y ait eu erreur d'étage (le "bon" étage n'a pas été exploré);
- soit que le curetage ait été incomplet;
- soit que l'on soit passé à côté de la hernie discale : hernie très latérale; ou que la hernie se soit spontanément réduite; soit rentrée lors de l'intervention.

La hernie discale récidive au même étage parce que la 1ère intervention a été incomplète, et la hernie se reconstitue à partir des fragments discaux laissés en place.

Ainsi nous dénombrons :

4 erreurs d'étage

(observations n° 14, 43, 50 et 36).

3 explorations négatives la 1ère fois

(observations n° 11, 12 et 21).

10 fois on trouve la hernie discale au même étage où on l'avait trouvée la 1ère fois.

(observations n° 3, 10, 15, 22, 24, 32, 36, 37, 38 et 39).

Ainsi 3 fois on trouve une hernie discale à un autre étage.

Il est surprenant de voir que dans 19 cas on relève une faute médico-chirurgicale :

1°) les 2 tumeurs,

2°) les 17 hernies discales récidivantes ou persistantes au même étage.

{ 4 erreurs d'étage.
3 interventions négatives la 1ère fois.
10 interventions incomplètes.

Les "Récidives" se font 3 fois à un étage différent,
17 fois au même étage,
2 fois erreur de diagnostic
(il s'agissait d'une tumeur).

SIEGE DES LESIONS PAR RAPPORT A LA 1ère INTERVENTION

Lors des récidives :

Dans les 22 cas où l'on trouve, lors de la 2ème intervention une "hernie discale" :

Lésions	Nombre de cas	
AUTRE ETAGE	3	
MEME ETAGE	17 à savoir	ERREUR D'ETAGE la 1ère fois 4
		PAS DE HERNIE RETROUVEE la 1ère fois 3
		PERSISTANCE ou RECIDIVE 10
ERREUR DE DIAGNOSTIC	2	TUMEUR
Total : 22		

III) - LES INDICATIONS DU METHIODAL DANS LES SCIATIQUES OPEREES RECIDIVANTES

Compte tenu des accidents, ou plutôt des incidents qui peuvent survenir lors de l'examen au METHIODAL et qui, pour certains en font craindre l'emploi, nous pouvons affirmer la valeur du METHIODAL puisque, dans 84 % des cas, il y a un parallélisme anatomo-radiologique.

Quelles sont donc les indications du METHIODAL chez l'opéré ? D'emblée il faut préciser que c'est la clinique seule qui fera le choix des malades devant subir cet examen.

Doivent, semble-t-il, en bénéficier, les sujets pour lesquels se pose un problème thérapeutique, sciatiques ou lombosciatiques rebelles aux traitements médicaux ou physiothérapeutiques. Il s'agit, le plus souvent, de lombosciatalgies, c'est pourquoi le METHIODAL ne doit être fait que chez les sujets présentant des sciatalgies certaines et non pas de vagues indications aux membres inférieurs. Le METHIODAL chez les lombalgiques a peu d'intérêt.

(Thèse de Ben ABDALLAH).

Donc, le METHIODAL doit être demandé chaque fois qu'une nouvelle intervention se trouve envisagée, soit pour l'autoriser, soit pour la refuser.

Nous étudierons les différentes indications suivant la date de la récurrence. Nous adoptons cette ligne car il nous a paru que les problèmes pratiques différaient suivant la date de la récurrence. Les malades non soulagés par l'intervention, ou trop peu, forment un lot bien particulier. De même les

récidives tardives survenant 1 à 2 ans après l'intervention, s'apparentent fortement aux sciaticques qui n'ont jamais été opérées, et ceci d'autant plus que la récurrence est plus tardive.

Entre ces deux lots, celui des récurrences précoces ou secondaires survenant entre 2 mois et 12 mois. C'est parmi ces cas que les problèmes diagnostiqués, et par le fait même thérapeutiques, sont les plus complexes.

* * *

A) - LES RECURRENCES TARDIVES

Les indications sont les mêmes que dans la sciaticque non opérée, mais elles doivent être encore plus rares. Sciaticque rebelle, mais vraiment rebelle, tout doit être essayé : gymnastique et surtout le repos, etc... Sciaticque que l'on envisage de réopérer. Sciaticque où la clinique est atypique et l'on veut donner au chirurgien le maximum de garanties : En effet, le METHIODAL seul affirme la réalité de la hernie discale et précise son siège. Sciaticque où l'on doute de l'organocité. Le METHIODAL sera demandé dans tous les cas où l'on désire une garantie objective sur le plan médico-légal.

Nous comptons 25 récurrences tardives :

10 sont réopérées, donc faible pourcentage.

- 5 réinterventions sont un échec. On ne trouve pas de hernie discale et, dans ces 5 échecs, 4 fois le METHIODAL montrait bien qu'il ne fallait pas réopérer; 1 fois il ne permettait pas de se prononcer devant une image d'amputation ou au niveau d'un disque déjà opéré.

- 5 malades réopérés avaient une hernie discale.

4 fois le METHIODAL montrait une image typique de hernie discale;

1 fois devant une image d'amputation on ne pouvait se prononcer.

B) - LES RECIDIVES PRECOCES

ou chez les malades non soulagés par l'intervention.

29 cas : 20 sont réopérés.

C'est dans ce lot que nous retrouvons nos 2 tumeurs et 13 hernies discales.

5 fois on ne trouve rien.

Les 13 fois où l'on retrouve une hernie discale :

- 12 fois le METHIODAL était explicite : il montrait des images de hernie discale;
- 1 fois il montrait une encoche post-opératoire.

Les 5 fois où l'on ne trouve pas de hernie discale :

- 4 fois le METHIODAL ne montrait que des images post-opératoires;
- 1 fois il ne permettait pas de se prononcer devant une image d'amputation.

Dans les récidives très précoces, ou chez les malades non soulagés par l'intervention, le METHIODAL est inutile si l'on peut faire la preuve de l'erreur d'étage lors de la 1ère intervention, ce qui est le cas dans 3 de nos 4 erreurs d'étage certaines retrouvées dans nos 70 observations. Cette preuve de

L'erreur d'étage est uniquement radiologique; le siège de la laminectomie (comparée à celle du Compte-Rendu Opératoire), la place du clip. Parfois seulement le METHIODAL l'objectivera en montrant une de nos images post-opératoires en regard du disque exploré ou de la laminectomie, alors que l'image de hernie discale harmonieuse, au dessin délicat et souple, est toujours là présente, au niveau de l'étage que l'on aurait dû explorer.

Si l'on suspecte une tumeur, beaucoup préfèrent pratiquer un LIPIODAL. Dans tous les autres cas le METHIODAL nous paraît indispensable car, bien que ces observations nous montrent que les malades sont des malades le plus souvent mal opérés, ou dont le traitement chirurgical a été insuffisant, incomplet, seul :

1°) le METHIODAL dépistera une discordance anatomo-clinique sciatique S-1 correspondant à une hernie discale L-4 L-5 (1 cas dans notre travail).

2°) Enfin, seul le METHIODAL fera le choix des malades à réopérer, éliminant ceux qui n'ont, au METHIODAL que des images post-opératoires ou un METHIODAL normal.

Dans ces cas on peut prendre le risque d'un METHIODAL plutôt que d'exposer le malade au risque d'une intervention inutile ou aveugle, faute de précision topographiques. Car, peut-on, sans dommage, explorer à fond plusieurs espaces sans provoquer des lombalgies résiduelles ?

En dehors de toutes ces notions de topographie, n'est-il pas préférable d'avoir déjà la certitude d'une lésion, et l'a-t-on toujours sans le secours du METHIODAL, surtout lorsqu'il s'agit de malades déjà opérés et que la première fois on n'a rien trouvé ?

Dans toutes les sciatiques non guéries par l'acte chirurgical, ou récidivant très vite, les malades doivent bénéficier d'un METHIODAL, sauf si l'on peut objectiver sur un simple cliché lombaire l'erreur d'étage. D'où l'intérêt des clips, mais ceux-ci ont des inconvénients, suppuration par exemple (1 cas dans notre travail), où le clip avait été mis lors d'une 2ème intervention et pas de clip pour objectiver l'erreur d'étage !

(...)

3°) Bien plus difficiles sont les problèmes posés par les récidives secondaires.

La clinique est souvent atypique, les lombalgies dominent souvent la scène clinique.

- Nous relevons 16 cas de récidives entre 2 et 12 mois après la 1ère intervention.

6 seulement seront réopérés après le METHIODAL,

2 fois seulement on enlèvera une hernie discale.

2 fois sur 16, c'est peu.

C'est dire que les indications du METHIODAL doivent être bien pesées. Ne le faire que devant des sciatiques certaines, d'une certaine importance, gênante pour le malade, lorsque les traitements médicaux et physiothérapiques n'ont pas soulagé le patient. - Nous sommes très prudents des indications des récidives tardives.

A T L A S D E R A D I O L O G I E

Quelques I M A G E S

de M E T H I O D A L

pratiqué sur des sujets atteints
de Sciatiques récidivantes

et déjà opérés une 1ère fois,
parfois deux ou trois fois.

I) - Les IMAGES de HERNIE DISCALE
CHEZ DES SUJETS DEJA OPERES

ENCOCHE TYPIQUE

Cliché n° 1

- Malade déjà opéré d'une
hernie locale en L-4 L-5 droit.

Persistance des douleurs.

METHIODAL :

Encoche typique de
hernie discale en L-4 L-5 droit.

Réopéré :

hernie discale en L-4 L-5

- L'amputation de L-5 et le
refoulement du sac sont
particulièrement nets.

Encoche en embrasse de rideau.

ENCOCHE TYPIQUE

Cliché n° 2

malade déjà opéré pour une
sciaticque L-5 droite.

opéré : hernie discale L-4 L-5.

écidive.

METHIODAL :

Encoche en L-4 L-5 Droit
réalisée par une amputation
de L-5 et un refoulement
de S-1.

réopéré : hernie discale en
L-4 L-5.

IMAGE D'INTERRUPTION

Cliché n° 3

malade déjà opéré en L-4 L-5
comme le montrent les 2 clips
pour une sciaticque L-5.

Persistance des douleurs.

METHIODAL :

Image d'interruption ou
d'arrêt en barre L-4 L-5.

le malade refuse l'intervention.

IMAGE D'ARRET AVEC BISEAU DE PROFIL

Cliché n° 4

- Malade déjà opéré 2 fois.
On a enlevé une hernie
discale à chaque interven-
tion :

la 1ère en L-4 L-5

la 2ème en L-5 S-1.

3ème récurrence.

METHIODAL.

Montre le beau biseau de
profil en L-3 L-4.

Le malade n'est pas réopéré.
Il refuse une 3ème inter-
vention.

IMAGE DE TUMEUR

Cliché n° 5

Malade ayant présenté une
sciaticque pour laquelle on
diagnostique un conflit
discoradiculaire en L-4 L-5.

On opère : hernie discale,
en L-4 L-5

Le malade continue à souffrir
surtout la nuit.

METHIODAL :

- Arrêt en cupule concave vers
le haut, peu net mais certain
au niveau de L-3 L-4.

Le LIPIODAL confirme la tumeur.

Réopéré : Ependymome.

N.B. - Pas de trace de l'inter-
vention première sur le sac.

IMAGE DE HERNIE DISCALE
REMANIEE POST-OPERATOIRE

Cliché n° 6

- Malade déjà opéré en L-4 L-5 gauche pour une sciatique L-5 gauche :

Hernie discale en L-4 L-5.
Persistance des douleurs.

METHIODAL :

Encoche en L-4 L-5 gauche.
Celle-ci n'a pas le dessin délicat harmonieux des encoches classiques, sans toutefois ressembler aux fausses encoches post-opératoires.

Réopéré : persistance de la hernie discale en L-4 L-5.

IMAGE DE HERNIE DISCALE
REMANIEE POST-OPERATOIRE.

Cliché n° 7

- Sciatique L-5 gauche.
Opéré : hernie discale en L-4 L-5.

METHIODAL :

Encoche L-4 L-5 gauche siégeant en regard de la laminectomie.

Il n'y a pas de convergence des racines vers l'encoche.

Réopéré : hernie discale en L-4 L-5.

II) - METHIODAL NORMAL

POST - OPERATOIRE

Clichés n° 8

1er METHIODAL

fait chez un malade présentant
une sciatique S-1 gauche.

Amputation de S-1 gauche.

Opéré : hernie discale
en L-5 S-1.

2ème METHIODAL

(même malade)

fait car le malade continue à
souffrir.

Il montre la réapparition de
la racine S-1 gauche qui est
parfaitement visible.

C'est un fait assez rare.

III) - I M A G E S P O S T - O P E R A T O I R E S

LE SAC COURT

Clichés n° 9

1er METHIODAL

fait avant l'intervention chez
une malade ayant une sciatique
L-5.

Le sac descend jusqu'à S-2 S-3.

Opérée : pas de hernie discale
L-4 L-5.

2ème METHIODAL

(même malade)

fait après l'intervention devant
la persistance des douleurs.

Le sac s'arrête en L-4 L-5

Noter l'anomalie transitionnelle
le pincement de L-4 L-5.

Réopérée : pas de hernie discale
mais gros ostéophyte en L-4 L-5

Cette image pourrait être appelée
"faux arrêt", l'ostéophyte aussi
gros soit-il ne peut expliquer
une telle image.

A R R E T A V E C B I S E A U D E P R O F I L

et F A U X A R R E T

Clichés n° 10

Pathologie L-5

et METHIODAL

Interruption en L-4 L-5

du biseau de profil.

Opéré : erreur d'étage.

Présence des douleurs.

et METHIODAL

Arrêt en L-3 L-4

du biseau de profil.

Aspect en scie, en dents de peigne.

Opéré :

Fibrose épidurale en L-3 L-4.

Hernie discale en L-4 L-5.

F A U X A R R E T

Cliché n° 11

- Sciatique S-1 Droite.

Opérée : pas de hernie
discale.

Persistance des douleurs.

METRIODAL

Arrêt net mais incomplet,
un filet passe à droite.

Noter la laminectomie de L-5

C'est la main forcée par les
médecins que le chirurgien ré-
intervient, pas de hernie en
L-4 L-5 ni en L-5 S-1.

Grosse fibrose dont le
siège n'est pas précisé.

SOUFFLURE DU SAC

Cliché n° 12

- Malade opéré en L-4 L-5
Droit
pour une sciatique L-5 droite
On enlève une hernie discale
en L-4 L-5.
Récidive.
METHIODAL
Soufflure du sac en L-4 L-5
Droit.
- Notons que l'on ne voit pas
la racine L-5 droite, L-5
gauche est bien vue.

VRAIE ENCOCHE et FAUSSE ENCOCHE

Clichés n° 13

Sciaticque L-5 droit.

1er METHIODAL

Encoche en L-4 L-5 droit.

Opéré : hernie discale en L-4 L-5

Récidive :

2ème METHIODAL

Fausse encoche en L-4 L-5 droit.

L'encoche est plus haute, moins profonde, sans convergence des racines vers l'encoche.

Le malade n'est pas réopéré.

2 FAUSSES ENCOCHES EN COUP D'ONGLE

Cliché n° 14

Sciastique S-1 gauche.
Opéré : gros ostéophyte
en L-5 S-1.

Récidive : 6 ans après.

METHIODAL

Encoche en coup d'ongle en
L-5 S-1 gauche.

Réopéré : fibrose.
pas de hernie discale.

Cliché n° 15

Sciastique S-1 gauche.
Opéré : hernie discale L-5 S-1
Récidive.

METHIODAL

Encoche en coup d'ongle
en L-5 S-1 gauche.

Réopéré : fibrose.
pas de hernie discale.

FAUSSE ENCOCHE

Clichés n° 16

- Sciatique L-5 gauche.

1er METHIODAL

Encoche L-4 L-5 gauche.

Opéré.

Erreur d'étage.

On explore L-3 L-4

Persistance des douleurs.

2ème METHIODAL

Grignotage du sac en L-3 L-4

(fausse encoche) et amputation de
L-4 gauche.

Comparé avec le 1er METHIODAL :

Persistance de l'encoche vraie en
L-4 L-5.

Réopéré : hernie discale en L-4 L-5

Dans les suites opératoires :

Suppuration de la plaie

et spondylodiscite

Lombosciatalgies résiduelles.

3ème METHIODAL

Persistance de la fausse encoche
en L-3 L-4.

Disparition de l'encoche en L-4 L-5

Noter le pont osseux entre L-4 L-5
et le clip au contact.

Aspect subnormal malgré :

2 interventions et 1 suppuration !

March 17

Pas de réintervention.

Cliché n° 18

"vierge" bien que post-opératoire.

FAUSSE ENCOCHE ET TUMEUR

Cliché n° 12

- Sciatique L-5 S-1 gauche.

1er METHIODAL

Arrêt derrière L-5.

Arrêt en dôme (concave en bas)

Le dôme n'est pas reconnu.

Opéré : saillie discale en L-4

L-5

Persistance des douleurs qui
passent aussi à droite.

2eme METHIODAL

Arrêt derrière L-5

Mais noter aussi derrière L-4

cette fausse encoche rétrosomatique,
trace du passage du chirurgien.

Réopéré : neurinome.

ENCOCHE EN COUP DE HACHE

Cliché n° 20

Sciastique S-1 gauche.

Opéré : hernie discale
en L-5 S-1.

Récidive.

METHIODAL : encoche en L-5 S-1

Encoche en coup de hache
portée dans la masse du sac
dural qui est rempli à son
extrémité inférieure.

Malade réopéré : fibrose.

LACUNE SUSPENDUE

Cliché n° 21

Sciastique L-4 droite.

Opéré : hernie discale
en L-3 L-4.

Récidive type S-1 droite.

METHIODAL.

Noter la lacune suspendue au
niveau de la laminectomie.

COTE OPERE IRREGULIER

Clichés n° 22

- Sciatique S-1 droite.
Opéré ; pas de hernie discale.
Persistance des douleurs.
LETHIODAL :

1) 3/4 droit côté opéré.

Noter l'aspect effiloché
de la racine S-1 droite.
D'ailleurs tout le côté opéré
est irrégulier.
Noter l'anomalie transi-
tionnelle.

2) 3/4 gauche

L-5 et S-1 sont parfaitement
lisibles.

Le malade a été réopéré.
Réintervention : pas de
hernie discale.

COTE OPERE IRREGULIER

Clichés n° 23

- Sciatique S-1 gauche.

Opéré : hernie discale

L-5 S-1.

Récidive :

1) 3/4 gauche (côté opéré)
très irrégulier.

2) 3/4 droit

L-5 et S-1 sont bien
vues.

INTERRUPTION PRECOCE DES RACINES

Clichés n° 24

- Sciatique L-5 gauche.
Opéré : hernie discale
en L-4 L-5

Récidive.:

METHIODAL :

1) 3/4 droit, côté non opéré.

L-4, L-5 et S-1 sont
magnifiques.

2) 3/4 gauche (côté opéré)

Interruption précoce de
toutes les racines, surtout
de L-5 où a porté l'inter-
vention.

IV) - A M P U T A T I O N

D E R A C I N E S

P O S T - O P E R A T O I R E S

Clichés n° 25

- Sciastique L-5 gauche

Opéré : hernie discale
en L-4 L-5

Récidive.

METHIODAL

1) 3/4 droit côté non opéré

Normal.

2) 3/4 gauche côté opéré

Amputation de L-5.

Malade réopéré : fibrose
Pas de hernie.

AMPUTATION DE RACINE POST-OPERATOIRE

Cliché n° 26

- Sciattique S-1 gauche.

Opéré : hernie discale L-5 S-1

Récidive type S-1 gauche.

METHIODAL

1) 3/4 droit (côté non opéré)

S-1 est bien vu.

2) 3/4 gauche (côté opéré)

Amputation de S-1

Réintervention :

pas de hernie discale.

Fibrose.

C O N C L U S I O N S

sur le

M E T H I O D A L

POST-OPERATOIRE

Beaucoup considèrent le METHIODAL comme l'examen de choix dans les sciaticques opérées qui continuent à souffrir ou qui récidivent. Mais très vite on remarquera les insuffisances du METHIODAL chez de tels malades, la difficulté de l'interprétation de sa lecture.

Nous nous proposons de décrire tout d'abord les images rencontrées dans les 70 observations que comporte notre travail, et leur fréquence respective. Pour chaque type d'image nous signalerons les cas réopérés et les résultats du compte-rendu opératoire. Dans un deuxième temps nous regrouperons tous ces cas réopérés afin d'apprécier la valeur du METHIODAL. Enfin, d'après ces données, nous préciserons les indications du METHIODAL. Les greffes, les lombalgies, les sacroradiographies illisibles (3 en épidurale) ont été éliminées de cette étude.

* * *

I) - 3 TYPES DE SACCORADICULOGRAPHIES

Nous distinguons 3 types de SACCORADICULOGRAPHIES chez l'opéré :

- 1°) le METHIODAL normal;
- 2°) le METHIODAL présentant des images typiques de hernie discale, ou de tumeur parfois;
- 3°) le METHIODAL post-opératoire, c'est-à-dire le METHIODAL ne présentant que des images dues à l'intervention.
- 4°) les amputations de racines post-opératoires.

Pour différencier les images post-opératoires des images de hernie discale, nous disposons de trois arguments :

- Le premier, c'est le dessin, la silhouette de ces images. Les images de hernie discale chez l'opéré sont les mêmes que celles des sciaticques avant l'opération. Les images post-opératoires ont leur aspect propre et ne sont jamais rencontrées dans les sciaticques non opérées.
- Le deuxième argument corrobore le premier : c'est la vérification chirurgicale. Celle-ci nous permet de soutenir cette opposition car les images de hernie discale, nous le verrons, sont le plus souvent confirmées par la découverte de la hernie et, inversement, lors des réinterventions sur des images post-opératoires on ne trouve pas de hernie discale.
- Le troisième argument est apporté par la comparaison de plusieurs METHIODAL chez le même malade. En effet, on constate souvent, lorsqu'il y a eu une erreur d'étage, l'apparition d'image post-opératoire au niveau du disque exploré.

Sur 70 cas :

- I/ 5 fois nous rencontrons un METHIODAL normal.
(aucun cas réopéré).
- II/ 31 fois le METHIODAL met en évidence une hernie discale
ou une tumeur.

Dans deux cas il confirme ou décèle une tumeur
intradurale :

- un arrêt en dôme (concave en haut) au niveau
de L-3, correspondant à un épéndymome;
- un arrêt en dôme (concave en bas) au niveau
du corps de L-5, correspondant à un neurinome.

Dans 29 cas il révèle une hernie discale :

19 encoches :

- 5 fois le malade n'est pas réopéré (2 cas sont
améliorés par le METHIODAL);
- 1 fois le malade est réopéré et on ne trouve rien
à l'intervention;
- 13 fois on enlève une hernie discale.

6 encoches remaniées post-opératoires
et qu'il est difficile de classer :

Elles n'ont pas l'aspect habituel des hernies
discales typiques. Elles sont un peu irrégulières.

Le rétrécissement du sac au-dessus et au-dessous
n'est pas net ou n'existe pas.

Elles paraissent être, malgré tout des images de
hernie discale mais remaniées par l'intervention.

Sur ces 6 encoches post-opératoires :

- 4 ont été réopérées,
- 4 fois on retrouve une hernie discale,
(4 récurrences au même étage).

Précisons que ces encoches siègent à un niveau opéré
et que le plus souvent elles siègent au niveau d'une
laminectomie.

2 arrêts avec biseau de profil ne sont pas réopérés :
2 refus d'intervention.

1 interruption ou arrêt en barre non réopéré
(malade traité médicalement).

1 amputation de racine S-1 opérée : on trouve une
hernie discale.

III/ 23 fois le METHIODAL n'offre que des images post-opératoires : METHIODAL d'opéré.

Les variétés des images post-opératoires sont nombreuses :

Les fausses encoches

Elles ont des aspects très divers :

- 2 coups d'ongle,
- 2 grignotages du bord du sac,
- 6 encoches aux bords polycycliques,
- 1 encoche en coup de hache,

donc 11 fausses encoches.

Ces encoches, par leurs caractères, peuvent évoquer pour l'oeil celles que l'on rencontre dans le cancer de l'estomac :

- encoches lacunaires, irrégulières, parfois non homogènes.

Elles siègent en regard d'un disque opéré.

Leur taille est variable :

- parfois très petite (grignotage, coup d'ongle);
- parfois géante, de la hauteur d'une vertèbre;
- le plus souvent très profonde (encoches polycycliques, coup de hache).

Autre caractère commun :

- au-dessus et au-dessous de l'encoche, le sac n'est pas rétréci.

Il n'y a pas de convergences des racines vers l'encoche, comme dans l'encoche classique.

Sur ces 11 encoches :

7 ont été réopérées,

6 échecs,

mais une fois on trouve une hernie discale très nette. Le METHIODAL montrait une encoche polycyclique.

Les faux arrêts (5 dans notre travail)

Ils sont de deux types :

- l'un donne, de face, une image d'aspect net, linéaire mais incomplet, laissant passer vers le bas un mince filet (1 cas).
- l'autre, plus fréquent (4 cas), donne sur le cliché, de face, un arrêt en dents de peigne et, sur le profil, un arrêt également en dents de peigne. Il n'y a pas de biseau de profil.

Ces 5 faux arrêts ont été réopérés :

- 3 échecs.
- 1 fois on enlève une saillie discale : le malade n'est pas soulagé.
- 1 fois on ne tient pas compte d'un arrêt en L-3 L-4 car il y avait eu, à la première intervention, erreur d'étage et l'on s'est fié au 1er METHIODAL qui montrait une interruption en L-4 L-5.
- L-3 L-4 est vérifié la deuxième fois, on ne retrouve pas de hernie discale à cet étage. La hernie siègeait bien en L-4 L-5.

Le côté opéré irrégulier (4 cas)

Dans ce cas, le sac est très irrégulier du côté opéré, avec amputation des deux ou trois dernières racines de ce côté.

- 1 seul cas réopéré. 1 échec. Fibrose.

Le défaut d'injection du sac dural en regard d'une laminectomie, donnant une image de lacune suspendue (1 cas).

Le sac court (1 cas).

Sur le 1er METHIODAL, le sac est très profond (S-3).

Sur le 2ème METHIODAL, le sac s'arrête en L-5 S-1.

Soufflure du sac en regard d'une laminectomie (2 cas)

Mais un de ces cas est associé à une encoche typique de hernie discale, donc déjà compté.

IV/ Les amputations de racines post-opératoires

11 amputations de racines sont dénombrées.

Le problème de l'amputation d'une racine est sûrement le plus délicat. Si l'encoche typique de la hernie discale diffère de notre fausse encoche post-opératoire, l'amputation d'une racine par hernie discale, ou l'amputation séquelle radiologique d'une intervention, ne diffère nullement.

Une racine libérée ne voit pas toujours sa gaine réinjectée.

Les cas où la racine libérée est aussi visible que son homologue ne sont pas les plus fréquents.

Nous avons donné un exemple où l'injection de la gaine radiculaire est parfaite.

Le siège de ces amputations est particulier : 10 fois sur 11 il est en L-5 S-1.

Sur ces 11 amputations :

9 siègent au niveau d'un disque déjà opéré;
2 siègent à un niveau différent.

Mais dans ces deux cas les racines libérées par la première intervention sont peu visibles.

4 de ces amputations ont été réopérées :
3 échecs.

1 fois on trouve une hernie discale en L-5 S-1, chez un malade déjà opéré en L-4 L-5 d'une hernie discale.

Toutes ces images post-opératoires ont des caractères communs :

Elles ne sont pas constantes, mais très fréquentes.

Elles apparaissent très précocement après l'intervention.

Elles ne se voient que chez le malade opéré, à l'exception des amputations de racines.

Elles siègent, fait important :

- en regard d'une laminectomie,
- au niveau d'un disque opéré.

Mais ces déformations de sac peuvent atteindre tout le côté opéré, gagner tout l'espace exploré.

Dans une observation, c'est sur le côté opposé, non opéré, que l'on retrouve une énorme encoche.

Il faut encore signaler que, dans les saccoradicu-
lographies d'opéré montrant soit des images de tumeur, soit,
le plus souvent, des images de hernie discale, l'existence de
pré-images post-opératoires (fausses encoches, côté opéré
irrégulier, etc.) ne gêne pas la lecture.

25 METHIODAL présentent, nous l'avons vu, des images
indiscutables de hernie discale ou de tumeur;

8 de ceux-ci comportent également des images post-
opératoires.

* * *

Un problème singulier : L'Arachnoïdite

C'est un diagnostic que nous avons vu soulevé plusieurs
plusieurs fois devant certaines déformations du sac dural. Ce
terme nous paraît critiquable tout au moins sur le plan radio-
logique.

En effet, ces aspects radiologiques (rétrécissement
du sac, arrêt) sont parfois ceux de certaines fibroses épidu-
rales affirmées par l'intervention.

Nous avons trouvé également ce terme d'arachnoïdite
dans quelques comptes-rendus opératoires, sans avoir l'assu-
rance que le sac dural ait été ouvert.

Quoi qu'il en soit, il nous est impossible de faire
un parallélisme anatomo-radiologique de l'Arachnoïdite. Tout
au plus peut-on, devant certaines images, parler de fibrose
sans pouvoir pour cela en préciser le siège intradural ou
épidural.

* * *

II) - LES CAS REOPERES.

VALEUR DU METHIODAL.

SIEGE DES RECIDIVES.

37 malades sur 70 ont été réopérés :

2 fois on enlève une tumeur.

20 fois une hernie discale.

15 fois on ne retrouve pas de hernie discale
et le C.R.O. signale : fibrose, ostéophyte,
grosse lame, plexus veineux ou rien.

* * *

- Dans les 20 cas où l'on retrouve une hernie discale, le
METHIODAL affirmait la hernie 17 fois.

1 fois il ne l'écartait pas, mais ne l'affirmait pas
(1 amputation).

2 fois il la niait, à juste raison dans un cas : celui
du faux arrêt en L-3 L-4 dont nous avons parlé
plus haut; l'autre cas présentait au METHIODAL une
encoche post-opératoire "polycyclique".

- Dans les 15 réinterventions négatives :

3 fois le METHIODAL ne permettait pas de se prononcer
(3 amputations au niveau d'un disque déjà opéré).

1 fois il affirmait l'existence d'une hernie discale.

11 fois il ne montrait que des images post-opératoires.

Ajoutons que la plupart de ces malades ne furent réopérés
que devant l'insistance des médecins, et nous avons à
maintes reprises, noté la réticence du chirurgien à
intervenir.

On peut donc conclure, sur ces 37 cas réopérés, que le METHIODAL nous a trompés 2 fois;

Que 4 fois il ne permettait pas de se prononcer;

Que 31 fois on peut affirmer un parallélisme anatomo-radiographique.

Ainsi, 31 fois sur 37, le METHIODAL chez l'opéré précise avec bonheur l'attitude thérapeutique.

Soit dans 84 % des cas réopérés.

Sa valeur est certainement moins grande que dans les sciaticques non opérées, mais remarquons que deux fois seulement sur 37 il trompe:

Les 4 fois où il ne permet pas de se prononcer, il ne trompe pas.

C'est davantage parce qu'il ne permet pas de se prononcer, que par les erreurs qu'il entraîne, que sa valeur est moins appréciable, moins indiscutable, que dans la sciatique non opérée.

* * *

Siège des lésions dans les cas réopérés

L'étude de ces cas réopérés nous a permis de constater que si le METHIODAL localise la hernie discale à un étage différent dans 3 cas (c'est-à-dire 3 récurrences à un étage différent de la 1ère fois), c'est le plus souvent à l'étage déjà opéré - ou que l'on aurait dû explorer - que se trouve la hernie, et ceci dans les 17 cas où l'on peut affirmer :

- 4 erreurs d'étage : on n'a pas exploré le bon espace.
- 3 explorations négatives la 1ère fois : on est passé à côté de la hernie.
- 10 fois on trouve une hernie discale au même étage que la 1ère fois : 9 fois du même côté,
1 fois du côté opposé.

* * *

III) - LES INDICATIONS DU METHIODAL

Chez l'opéré, doivent être envisagés suivant les dates de la récédive :

Dans les récédives tardives

C'est-à-dire les récédives survenant 1 à 2 ans, ou plus, après l'intervention, les indications du METHIODAL sont les mêmes que dans la sciatique non opérée : sciatique rebelle que l'on envisage de réopérer, où la clinique est atypique, où l'on doute de l'organicité, où l'on veut une garantie objective sur le plan médico-légal.

- 25 récédives tardives : 10 sont opérées.

1°/ 5 réinterventions sont un échec : on ne trouve rien à l'intervention.

Les 5 fois où l'on n'a rien trouvé :

1 fois le METHIODAL ne permettait pas de se prononcer.

4 fois le METHIODAL ne montrait que des images post-opératoires.

2°/ 5 malades réopérés avaient une hernie discale :
3 à un étage différent.

2 au même étage que la 1ère fois :

1 du même côté, l'autre du côté opposé.

Les 5 fois où l'on trouve une hernie discale, le METHIODAL montrait :

4 fois une image typique de hernie discale.

1 fois il ne permettait pas de se prononcer.

Dans les récurrences très précoces

Survenant moins de deux mois après l'intervention ou chez les malades non guéris par l'opération :

- 29 cas :

20 sont réopérés :

- 2 tumeurs.

- 13 hernies discales.

Les deux fois où l'on retrouve une tumeur, le METHIODAL montrait un arrêt en dôme.

Les 13 fois où l'on trouve une hernie discale :

12 fois le METHIODAL montrait une image de hernie discale.

1 fois il montrait une encoche post-opératoire.

- 5 interventions blanches négatives.

Les 5 fois où l'intervention ne retrouve pas de hernie discale :

4 fois le METHIODAL ne montrait que des images post-opératoires,

1 fois il ne permettait pas de se prononcer.

Le METHIODAL chez de tels malades est inutile si la preuve de l'erreur d'étage peut être faite.

La preuve de l'erreur d'étage peut être apportée par le clipp, par le siège de la laminectomie, parfois par le METHIODAL post-opératoire qui a pu montrer de fausses encoches en regard du disque exploré ou de la laminectomie.

Beaucoup préfèrent le LIPIDIOL si une tumeur est suspectée.

Dans tous les autres cas le METHIODAL nous paraît indispensable.

En effet, bien que les malades soient souvent des malades mal opérés :

- 1°) Seul le METHIODAL dépistera une discordance anatomo-clinique (un cas dans notre travail).
- 2°) Seul, enfin, le METHIODAL fera le choix des malades à réopérer et éliminera les malades qui n'ont, au METHIODAL, que des images post-opératoires ou un METHIODAL normal.

Mieux vaut les aléas d'un METHIODAL que les séquelles d'une réintervention négative.

Ainsi, toutes les sciatiques non guéries par l'intervention ou récidivantes avant 2 mois, doivent bénéficier d'un METHIODAL, sauf si l'on peut affirmer une erreur d'étage.

* * *

Les indications du METHIODAL dans les récidives précoces survenant entre 2 mois et 12 mois après l'intervention:

16 malades :

6 sont réopérés :

- a) 4 opérations blanches,
- b) 2 fois on trouve une hernie discale au même étage.

- Les 2 fois où l'on retrouve une hernie discale :

Dans les 2 cas le METHIODAL montrait une image typique de hernie discale.

- Les 4 fois où l'on ne retrouve pas de hernie discale :

Dans 3 cas le METHIODAL ne montrait que des images post-opératoires.

1 fois il ne permettait pas de se prononcer.

Les indications doivent être rares.

C'est dans cette période que nous retrouvons un grand nombre d'images post-opératoires. Ces indications se rapprochent de celles des récidives tardives.

* * *

Ainsi le METHIODAL chez l'opéré nous paraît indispensable chaque fois que le problème d'une réintervention se pose. Dans la sciatique non opérée, le METHIODAL a des indications assez rares. En effet, la clinique fait le diagnostic de hernie discale et du siège de celle-ci. La clinique est atypique le plus souvent dans les sciaticques opérées qui récidivent.

Le METHIODAL est beaucoup plus fidèle et explicite que la clinique, et les risques d'une nouvelle réintervention négative sont tels qu'il sera indispensable pour s'entourer de toutes les garanties.

Les indications du METHIODAL dans les sciaticques opérées récidivantes seront d'autant plus fréquentes que la récidive est précoce, de règle chez les sujets non soulagés par l'intervention et qu'il n'y a pas d'erreur d'étage.

R E S U M E

1°) - Le METHIODAL POST-OPERATOIRE nous offre quatre types d'images :

a) METHIODAL normal Ø 5 cas.

b) METHIODAL montrant des images :

 de hernie discale Ø
 ou de tumeur Ø 31 cas.

{ 2 tumeurs, 19 encoches, 6 images de hernie
 discale remaniées post-opératoires,
 2 arrêts, 1 interruption, 1 amputation.

c) 23 fois le METHIODAL nous montre des images dites "post-opératoires" :

11 "fausses encoches",
5 "faux arrêts",
4 cas avec côté opéré irrégulier,
1 défaut d'injection du sac dural,
1 sac court,
1 soufflure du sac en regard d'une
 laminectomie,

ces images siégeant au niveau du disque opéré ou en regard d'une laminectomie.

d) 11 amputations de racine post-opératoire.

2°) - L'étude des CAS REOPERES nous apprend :

a) Que dans les 20 cas où le chirurgien trouve la hernie discale, 18 fois le METHIODAL l'affirmait, qu'une fois il ne permettait ni de l'affirmer, ni de l'écarter, que dans un autre cas il la niait.

Que dans les 15 réinterventions négatives :

3 fois le METHIODAL ne permettait pas de se prononcer,
1 fois il affirmait une hernie discale,
11 fois il ne montrait que des images dites "post-
opératoires".

- Ces résultats affirment la valeur du METHIODAL.

b) Que la récurrence siège le plus souvent au niveau déjà
exploré, ou que l'on aurait dû explorer, et ceci 17
fois. 3 fois seulement : récurrence à un étage différent
de l'étage où avait lieu la 1ère exploration.

3°) - LES INDICATIONS DU METHIODAL

Tout malade non soulagé par la première intervention
doit bénéficier d'un METHIODAL, sauf si la radiographie
simple permet d'objectiver avec certitude le fait qu'il y
a eu erreur d'étage.

Dans les récurrences secondaires ou tardives, l'indica-
tion du METHIODAL reste rare du fait que la grande majo-
rité de ces récurrences secondaires ou tardives ne relève
pas d'une indication opératoire. Cependant, lorsque la
clinique suggère l'utilité d'une réintervention, le
METHIODAL est utile toutes les fois que la clinique est
insuffisante pour affirmer la présence d'une hernie de
son siège.

* * *

Ce travail a été fait au
CENTRE DE RHUMATOLOGIE VIGGO-PETERSEN
Clinique Médicale de l'HOPITAL LARIBOISIÈRE
Service de : Monsieur le Professeur S. DE SEZE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Vu : Le Doyen

Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur
de l'ACADEMIE DE PARIS :

Le Vice-Président du Conseil
de l'UNIVERSITE DE PARIS

Vu : le Président du Jury

Président : Monsieur le Professeur S. de SEZE.

R E F E R E N C E S

ARNELL S.

- Myclography with Skodion
Américan J. Roentgenal 66/241 1946

ARNELL S.

- Myclography with mater soluble
contrast, with special regard to
the normal roentgenpicture.
Acta Radiol. Suppl. LXXV 1948

ARNELL S. & LINDSTROM F.

- Myclography with Skodion (Abrodil)
Acta Radiol. (Stockholm) 12/287 1931

BETOULIERS P., TEMPLE J.P., JANICOT J.

- La radiculographie lombo-sacrée au
Méthiodal.
(Notes techniques d'après 300 examens
J. Radio Electrol.) 41/447-454 1960

BODART A., CREUSOT J., POIGNON J., GENTIN P.

- La myclographie lombaire par contraste
hydrosoluble.
Rev. Méd. Nancy 87/721-723 1956

BOESNAN Th.

- Myclographie in the lumbar région
with mater soluble contrast
J. Bone, Jt. Sur. XX 38-B/882-883 1956

BONTE G., DELCOUX P., WAGHEMACRER R.,
CECILLE J.B., HUART F.

- La radiculographie lombo-sacrée au
cours des lombalgies sans sciatique.
J. Radiol. Electrol. 42/416-420 1961

BONTE G., TRINEZ G.

- Radiculographie, lombo-sacrée par
contraste hydrosoluble résorbable.
Presse médicale. 63/ 1 - 4 1955

BORRELLI EJ. & MAGLIONE A.A.

- Importance de la myclographie dans
la pathologie rachidienne.
Etude analytique de 150 cas.
Ann J. Roentgenal 76/273-289 1956

BRIERE J.T. & GOLDCLOUGH J.A.

- La myclographie totale. La visualisation complète de l'espace sous-arachnoïdien.
Radiology 64/81 - 84 1955

BRUSSATTS F.

- Valeur de la myclographie par Abrodil dans le diagnostic du niveau de la hernie discale lombaire.
Zachr. Orthop. 94/308-310 1961

Mc CARTY W.C. & LANE F.W.

- Les écueils de la myclographie
Radiology. 65/663-670 1955

COSTE F., VERSPYCK R., CHEVALIER J.,
GUIDET M., PANNIER S.

- A propos d'un accident de la radiculographie.
Rev. du Rhum. 98/1-2-32-34 1961

d'ESHOUGUES R., FERRAND J., BARSOTTI J.
SMADJA A.

- Lombalgies pures et hernies discales à la lumière de la radiculographie lombo-sacrée.
Alg. Méd. 64/353 1960

DENSTAD T.

- The resorption of Abrodil in myclography.
Acta Radiol. (Stockholm) 32/428 1949

ECOIFFIER J.

- Exploration des discopathies lombo-sacrées, par les contrastes hydrosolubles.
Diplôme d'Electroradiologie - Paris. 1952

ECOIFFIER J.

- Premiers résultats acquis en discographie et myclographie selon les méthodes suédoises.
J. Radio Electrol. 33/568 1952

ECOIFFIER J.

- La radiculographie lombaire dans la sciatique.
1 volume Paris - Masson éd. 1960

FERRAND J., d'ESHOUGUES R., BARSOTTI J.

- La Radiculographie lombo-sacrée, par substance iodée hydrosoluble et résorbable.

1 Vol. Paris Exp. Scien. Fr.

1961

FOURNIER A.M., GUERIN P.

- La myclo-radiculographie au Méthiodal
J. Radio. Electrol.

39/202

1958

FOURNIER A.M., GUERIN P.

- Deuxième note sur le Méthiodal
J. Radio. Electrol.

39/525

1958

FRAIJI E.R.

- Contribution à l'emploi de la myclographie dans le diagnostic des névralgies sciatiques.

Thèse, Paris.

1958

HESSE R.

- Incidents de la myclographie avec l'Abrodil.

Brunet, Bertr. KLIN, Chir.

188/368/372

1959

JUDET R. & Coll.

- La place de la myclographie dans le diagnostic des hernies discales.

Presse Médic.

70/689-692

1962

LAYANI F., PERTUISET B., METZGER J.

- La radiculographie lombaire après injection intra-rachidienne de substances de contraste hydrosoluble et résorbable.

Rev. Rhum.

24/205

1957

LINDBCOM R.

- Lumbar Myclography by Abrodil.

Acta Radiol.

27/1-7

1946

MAGNIER A.

- Confrontation clinique, myclographique et opératoire dans les hernies discales.

Thèse, Paris.

1961

MIFKA P.

- La myclographie lombaire.

Wien, Méd. Wschr.

105/364-365 1955

NORDENTOFF J.

- Myclography with Skisolan.

Nord Méd.

21/255 1944

ROUQUES L.

- La complication de la myclographie par produits hydrosolubles.

Presse Méd.

67/1748 1959

RUGGIERO M.G.

- La myclographie dans la pratique neuro-chirurgicale.

Rev. Neurologie

88/291-292 1953

SERRE A., BETOULIERES, TEMPLE J.P.

JANICOT J.Y.

- Le méthiodal à propos de 220 examens.

Presse Médic.

67/1840 1959

SICARD A., GODET R., DRAMEZ C., HERMAT H.

- L'introdurographie au Méthiodal dans le diagnostic des lombosciatiques.

Presse Méd.

65/1521 1957

TUORINGER E., BAUMGARTNER J., BRAUN J.P.

- Le diagnostic de la hernie discale lombo-sacrée au Mono-iodo-méthane sulforate de sodium.

A propos de 500 cas.

63/1584-1586

Presse Médic.

1955

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	1
I) - <u>LES DIFFERENTES IMAGES</u>	
- Méthiodal normal	3
- Images de hernie discale ou de tumeur	5
- Méthiodal post-opératoire	13
- Amputation de racines post-opératoires	18
- l'Arachnoïdite	39
II) - <u>LES CAS REOPERES</u>	
- Valeur du Méthiodal chez l'opéré	41
- Sièges des récidives	46
III) - <u>INDICATION DU METHIODAL CHEZ L'OPERE</u>	
- Récidives tardives	50
- Récidives précoces	51
- Récidives secondaires	53
ATLAS DE RADIOLOGIE	54
CONCLUSIONS	76
RESUME	91
REFERENCES	94

